健康保険　被保険者／家族　出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者（被保険者）が記入するところ

被保険者等記号・番号	記　号			番　号	
記号番号が分からない場合は、マイナンバーを記入してください。					
申　請　者（被保険者）	（フリガナ）				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
	住　所	〒　　－			
	電話番号	（　　）			
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	（フリガナ）				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日			
出産予定日・数		令和　　年　　月　　日　単・多（　　）胎			
出産予定医療機関等	（フリガナ）				
	名称				
	所在地	〒　　－			
申請者に対する支払金融機関	銀行・金庫・信組				店・本店・支店・出張所
	預金種別	1、普通　3、別段　2、当座　4、通知	口座番号		口座名義

申請者または出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険組合の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。
※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号番号	保険者名			
	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号番号	保険者名			
	記号		番号	

受取代理人の欄

申請者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　　）（以下「乙」という。）を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は出産育児一時金等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（※）の受領に関すること。
（※）出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲の住　　所
　　氏　　名

乙の所 在 地
　　名　　称　　電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・金庫・信組				店・本店・支店・出張所
	預金種別	1、普通　3、別段　2、当座　4、通知	口座番号		口座名義

（備考欄）

東京都ニット健康保険組合
〒130-0014
東京都墨田区亀沢1-7-3
TEL 03-3626-1400

受付日付印

注意事項

❶ 被保険者等記号番号とは、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからのご確認がいただけます。

❷ 振込金融機関を「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、支店番号は【数字3桁】、口座番号は、【7桁】で記入をお願いします。

※ ゆうちょ口座間の取引ができる、記号番号では、お振込みできません。

❸ 振込口座名義は、フリガナのみでご記入ください。