

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

## 出産育児一時金等支給申請書（受取代理）

		申請日		年 月 日	
保険証		フリガナ		電話番号	
記号	番号	被保険者 氏名	生年月日		
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
出産予定日・数	年 月 日		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（ 胎）		
出産予定者 （家族の場合）	氏名	(フリガナ)			
	生年月日	年 月 日			
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
	所在地	〒 (フリガナ)			
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者住所 〒 被保険者氏名 健康保険組合理事長 殿				
申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を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被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は、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	
受取代理人欄	豊田通商健康保険組合 理事長殿				
	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、出産育児一時金等の医療機関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（保険者が出産育児一時金等に係る付加金給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。				
	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		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号		
口座名義人		(フリガナ) (漢字)			

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改