

(お手)

資格情報のお知らせや  
資格確認書に記載されてい  
る記号・番号をご記入ください。

## 育児一時金等支給申請書(受取代理用)

記入例

31-01

番号

1234

申請者 (被保 険者 、世 帯 主 又 は組 合員 ) が記 入 す る と こ ろ	氏名	モウフ タロウ <b>調布 太郎</b>		
	住所	〒 182-8511 (フリガナ) モウフシヨウマチ <b>調布市小島町2-35-1</b> 電話 042-481-7053		
	生年月日	H2 年 11 月 10 日		
出産予定日・数	R8 年 2 月 1 日			单・多(胎)
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	モウフ ハナコ <b>調布 花子</b>		
	生年月日	H3 年 5 月 10 日		
出産予定 医療機関等	名称	○○クリニック		
	所在地	〒 ○○-○○ (フリガナ) <b>東京都○○市○○1-2-3</b>		
申請者に対する支払金融機関	△△△			銀行 金庫 信組
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	1234567
店・本店 支店・出張所	△△△			

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又は船員保険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条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員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、健康保険又は船員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	保険者名		
	記号	番号	
申請者によるいた保	世帯主の名前を ご記入ください。		
	記号	番号	

申請者( **調布 太郎** )(以下「甲」という。)は、医療機関等である( **○○クリニック** )(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※の受領に関する事。  
※ 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給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

受取代理人の欄

令和1年 12 月 2 日

甲の住所 **調布市小島町2-35-**世帯主の名前を  
ご記入ください。氏名 **調布 太郎**乙の所在地 **東京都○○市○○1-2-3**名称 **○○クリニック**

電話 ○○○ ( ○○○○ ) ○

○○○

医療機関の口座を  
ご記入ください。

× × ×

銀行  
金庫  
信組

× × ×

店・本店  
支店・出張所

印鑑欄

種別

1:普通 4:通知  
2:当座 5:貯蓄  
3:別段

口座番号

9999999

口座名義 (フリガナ) ○○クリニック  
**○○クリニック**

(備考欄)