



支給額	
受取代理額	
差額支給額	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

出産育児一時金	
出産育児付加金	

資格取得	昭・平	年	月	日
資格喪失	平成	年	月	日
支払日	平成	年	月	日

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金（付加金）請求書
（受取代理用）

エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要

被保険者記入欄	被保険者証の記号	番号	事業所	名称	所在地
	被保険者氏名		被保険者の生年月日	昭・平	年 月 日
	出産される方氏名		生年月日	昭・平	年 月 日
	出産予定日・数	平成	年 月 日	単・多	(胎)
	出産予定医療機関	名称	所在地		
(医療機関・被保険者記入欄)	甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め次の権限を委任する。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接払制度は利用しない。				
	甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（法定給付42万円・付加給付5万円の上限計47万円、但し資格喪失者は付加給付がないため上限42万円、また、産科医療補償制度の対象でない場合3万円減）の受領に関する事。				
	平成	年	月	日	
	甲（被保険者）の住所	氏名			印
	乙（代理人）の住所（〒 - ）	名称			印
	受取代理人に対する支払金融機関の欄				
銀行名		支店名		預金種別	
				普通・当座	
口座番号		口座名義		口座名義（フリガナ）	

*医療機関ご担当者様 お名前（ ）ご所属（ ）
連絡先TEL（ ）

委任業欄主	医療機関での出産費用が出産育児一時金（付加金）に満たない場合は、その差額分につき、事業主を代理人と定め、受領を委任します。
	平成 年 月 日
	被保険者氏名 印 事業主 代理人職氏名 印

【注意】

- 本請求書は、出産育児一時金の医療機関受取代理を希望する方が使用するものです。希望者は、出産予定日まで2ヶ月以内になりましたら健康保険組合に提出してください。その際には出産予定日を証明する書類（母子手帳のコピー等）を添付してください。
- 受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合、直ちに健康保険組合にご連絡願います。