健康保険　被保険者 被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書（受取代理用）

被保険者記入欄

被保険者証の記号-番号	－		被保険者の生年月日	昭和 平成　年　月　日生
被保険者（申請者）の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		事業所の	名称
				所在地
被保険者（申請者）の住所	〒　－ 都道府県			
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		被扶養者の生年月日	昭和 平成　年　月　日生
出産予定日	令和　年　月　日	出生予定児数	単児 ・ 多児 （　児）	
出産予定医療機関の	名称		所在地	

当組合以外に出産育児一時金を請求していますか。また、今後請求する予定はありますか。		□ はい　□ いいえ
被保険者［本人］が出産した場合	ｱ. 今回の申請は、退職等により、東京港健康保険組合の被保険者資格の喪失後、6ヶ月以内に出産したことによるものですか。	□ はい　□ いいえ
	ｲ. 上記ｱで「はい」と答えた場合、資格喪失後に加入している健康保険の保険者名（国保の場合は市区町村/協会けんぽの場合は支部名まで）と記号-番号を記入してください。	保険者名 市区町村/支部名 記号-番号

受取代理人欄（医療機関等）

申請者である甲は医療機関等である乙を代理人に定め次の権限を委任します。なお、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・付加金のうち、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給付を行う場合には付加相当額を含む）を上限とする。

（甲）（申請者）　記入日　令和　年　月　日 住所 氏名　㊞	（乙）（医療機関等）　記入日　令和　年　月　日 所在地 氏名　㊞

金融機関	銀行 ・ 金庫 ・ 信組　本店 ・ 支店				
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		口座名義	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

委任状（勤務先等）

本申請および給付金に関する受領を代理人に委任します。　記入日　令和　年　月　日

被保険者（申請者）	住所 氏名
代理人（受任者）	住所 氏名

支払先

金融機関	銀行 ・ 金庫 ・ 信組　本店 ・ 支店				
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		口座名義	（ﾌﾘｶﾞﾅ）

【添付書類】・・・母子手帳の**出産予定日、両親の氏名**が記載されているページ（写）

受付印

※ 請求書の受付は、出産予定日の**2ヶ月前**から可能となります。