

記入例(家族出産費)

(あて先) 公立学校共済組合東京支部長

出産費、**家族出産費・同附加金請求書** (受取代理制度利用)

出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

被保険者証	記号	公立東京	番号	0	1	2	3	4	5	6	7	(校番)	0	0
申請者(被保険者、世帯主又は組合員) <small>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。</small>	氏名	(フリガナ) トウキョウ タロウ 東京 太郎												
	住所	〒163-0023 (フリガナ) シンジュククニシシンジュク2-8-1 シンジュクマンション305 新宿区西新宿2-8-1 新宿マンション305 電話 03 (9876) 5432												
	生年月日	昭和 60 年 9 月 9 日												
出産予定日・数	令和 3 年 4 月 12 日 単・多(胎)													
出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) トウキョウ サクラ 東京 さくら												
	生年月日	平成 2 年 4 月 4 日												
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) イリヨウホウジンシヤダン〇〇カイ △△クリニック 医療法人社団〇〇会 △△クリニック												
	所在地	〒101-0062 (フリガナ) チヨダクカンダスルガダイ2-9-5 千代田区神田駿河台2-9-5												
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か月以内に産まれた場合、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か月以内に産出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か月以内に産出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		

請求者の記入欄

受取代理人の欄

申請者(東京 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。

令和 3 年 2 月 26 日

甲の住所 新宿区西新宿2-8-1 新宿マンション305
氏名 東京 太郎

乙の所在地 千代田区神田駿河台2-9-5
名称 医療法人社団〇〇会△△クリニック 院長 受取 三郎 印
(県番 13 医療機関コード 7654321) 電話 03 (5555) 5555

受取代理人に対する支払金融機関

みずほ (金融機関コード 0001) 銀行 金庫 信組 神田 (支店コード 108) 店・本店 支店 出張所

預金種別 1:普通 4:通知 口座番号 1234567 口座名義 (フリガナ) 欄外に記載
2:当座 5:貯蓄
3:別段

医療機関の記入欄

(備考欄) 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日
所属所長 職・氏名

事務取扱者氏名 電話 ()

所属所記入欄

枠内に入りきらない場合は余白部分に記載してください。
イリヨウホウジンシヤダン〇〇カイ
リジチヨウ ウケトリ サブロウ
医療法人社団〇〇会 理事長 受取 三郎

添付書類：出産予定日を証明する書類(母子手帳の場合は出産者氏名及び出産予定日が記載されているページの写し)

※出産予定日の2か月前から10日前までの間に提出してください。

(令和3年4月)