

提出日 令和 年 月 日

課長	担当

出産育児一時金（被保険者）

家族出産育児一時金（被扶養者）

請求書（受取代理用）

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番 号	被保険者氏名	分娩する者の氏名	分娩する者の生年月日	
					昭和 平成 年 月 日生	
	事業所の名称					
	出産予定日		平成・令和 年 月 日			
	出産予定の医療機関 所在地・名称		所在地			
		名 称				
被保険者の口座（分娩費が出産育児一時金 1児につき40万4千円、産科医療補償制度加入の場合は42万円を下回る場合に振込を行う）						
振込先金融機関名		支 店 名	預金種別	口 座 番 号	被保険者名（口座名義）	
ふりがな 銀行 金庫 農協		ふりがな 本店 支店	1.普通 2.当座		ふりがな	
受 取 代 理 人 の 欄	<p>甲（ ）は、医療機関である乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>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（1児につき上限40万4千円 産科医療補償制度加入の場合は42万円）の受領に関すること。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲（被保険者）の住所 氏名 印</p> <p>乙（代理人）の所在地 名称 印</p>					
	受取代理人に対する支払金融機関の欄					
振込先金融機関名		支 店 名	預金種別	口 座 番 号	口 座 名 義	
ふりがな 銀行 金庫 農協		ふりがな 本店 支店	1.普通 2.当座		ふりがな	
事 証 業 明 主 欄	本申請書の内容を確認し、上記の通り相違ないことを証明します。		事業主の住所、名称、氏名及び印			

添付書類：母子手帳の表紙と出産予定日が確認できるページのコピー