

※健保記入欄				支 払 決 議 書		受付番号	
受 付 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	MGR	係		
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日						
支 払 年 月 日	令和 年 月 日						
① 支 払 限 度 額	法定 円、付加 円						
② 医 療 機 関 支 払 額	円	③ 被 保 険 者 支 払 額				円	

※ 記入しないで下さい

健康保険（被保険者・被扶養者）出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—		事業所及び個所名		
	フ リ ガ ナ			連絡先 (JTB内線)		
	被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名			被 保 険 者 生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
	被 扶 養 者 が 出 産 す る 為 の 申 請 で あ る と き	被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		
	出 産 予 定 日 ・ 数	令和 年 月 日		単 ・ 多 ( 胎 )		
	被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 (医 療 機 関 へ の 支 払 金 が 規 定 支 給 額 未 満 の と き の 差 額 支 給 用 。 名 義 は 請 求 者 を 記 入 の こ と )					
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	
	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いたします。 *健康保険法第106条の規定により、1年以上健康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か月以内に出産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		

受 取 代 理 人 ( 医 療 機 関 ) 記 入 欄	申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (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・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。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所： 氏 名： 乙(代理人)の所在地： 名 称： 印 電話 ( )					
	受取代理人に対する支払金融機関					
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	

上記のとおり、出産育児一時金・付加金請求の申請を行い、受領を乙に委任します。

令和 年 月 日  
住所：〒

被 保 険 者 (請 求 者) T E L：  
氏 名：

〒140-0002 東京都品川区東品川2-3-11, JTBビル4階 TEL 03-5796-5903  
ジェイティービー健康保険組合理事長 殿