（様式1）

受付印

支給額		支給決定伺		
出産育児一時金		令和　年　月　日 決定		
		常務理事	事務長	担当者
出産育児付加金				
合計				

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。消せるボールペンでの記入は不可。書き直してください。

被保険者が記入するところ

被保険者等	記号		番号
申請者（被保険者）	氏名	（フリガナ） 自署の場合は捺印省略可 ㊞	
	住所	〒　（フリガナ） 電話　（　）	
	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）	
出産予定者 *申請者と同一の場合は不要です。	氏名	（フリガナ）	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日	
出産予定医療機関等	名称	（フリガナ）	
	所在地	〒　（フリガナ）	

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	

被保険者への振込が発生した場合の受領を　　に委任します。

令和　年　月　日
（被保険者）　住所
氏名

受取代理人の欄

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。

令和　年　月　日

甲　の住所

氏名

乙　の所在地

名称　　電話　（　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・金庫・信組				店・支店・出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		口座名義	（フリガナ）

キリンビール健康保険組合　御中

【添付書類】　母子健康手帳の氏名が記載されているページの写しと、出産予定日がわかるページの写し。

調査印	

備考欄	

2025.4

◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。