

(あて先)福岡市 区長

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者	国保の記号・番号											
	国保の世帯主		氏名		(フリガナ)							
			住所		〒							
			生年月日		年		月		日		電話 ( )	
	出産予定日・数		年 月 日 単・多( 胎)									
	出産予定者 ※国保の世帯主と同一の場合は不要です		氏名		(フリガナ)							
			生年月日		年		月		日			
	出産予定医療機関等		名称		(フリガナ)							
			所在地		〒							
	振込先 (国保世帯主の口座)		銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所									
※差額が発生した場合使用します		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義		(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又は船員保険の資格を有していた場合は、以前加入していた保険者名と被保険者証の記号・番号を記載ください。												
※ 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。												
保険者名												
被保険者証の記号・番号												

受取代理人	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。										
	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		預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義		(フリガナ)			

(備考欄)