

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等	記号	番号	
	被保険者 (申請者)の 氏名、所属 住所、生年月日	氏名	(フリガナ) ⑤ 事業所 及び部署 電話 (内線)	
		住所	〒 (フリガナ) 電話 ( )	
		生年月日	年 月 日	
	出産予定日・数	年 月 日	胎児数	単・多(胎)
	出産予定者 ※申請者と同一の 場合は不要	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	〒 (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、健康保険又は船員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 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。		
	甲の住所 氏名	⑤	年 月 日
	乙の所在地 名称	⑤	電話
	受取代理人に 対する支払金 融機関	銀行 信用金庫	本店 支店

【給付金の支給について（差額支給がある場合）】

①在職の被保険者：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日
被保険者 (申請者)	⑤ ※被保険者が記入するところと同じ印

②任意継続被保険者：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。（口座の記入は不要）

③退職者（任意継続被保険者除く）：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

受付日付印

支 払 金 融 機 関	銀行 信用金庫	本店 支店	普通・当座
	フリガナ	口座番号	
	口座名義 (被保険者名義)		

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。  
(利用する場合にはをお願いいたします。)

【送付先】 ※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合：SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー

マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿