

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）

被保険者証等 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇
被保険者 (申請者)の 氏名、所属 株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部
住所、生年月日 東京都〇〇区〇〇町1-1-1
出生年月日 平成 2 年 4 月 10 日
胎児数 単・多 (胎)
出産予定者 氏名 健保 花子
出生年月日 平成 2 年 12 月 1 日
名称 〇〇産婦人科
所在地 東京都〇〇区〇〇町2-2-2
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
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
該当者のみ 記入欄

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 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
と含む)を上限とする。
医療機関の記入欄
甲の住所 氏名
乙の所在地 名称
銀行 本店
信用金庫 支店
電話
受取代理人に 普通・当座
対する支払金 フリガナ 口座番号
融機関 口座名義

【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。 令和 4 年 4 月 10 日
被保険者 健保 太郎
(申請者) ※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。

支払金融機関
銀行 本店
信用金庫
フリガナ
口座名義 (被保険者名義)
すでに退職している場合は③支払金融機関を記入してください。
(①の記入、捺印は不要)

【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