

## 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

みずほ健康保険組合 御中

被保険者(申請者)の記入欄	被保険者等の	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇	
	事業所	名称	株式会社〇〇〇〇〇	所在地	〇〇〇支店	
	被保険者の	氏名	みずほ 太郎			
		住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1 連絡先(昼間)の電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇			
		生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日			
	出産予定日・数	令和 〇 年 〇 月 〇 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	みずほ 花子			
		生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日			
	出産予定 医療機関等	名称	〇〇病院			
		所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町2-2			
申請者に対する 支払金融機関	銀行 口座 組	支払金融機関は記入不要		店・本店 支店・出張所		
	預金 種別	1:普通 2:当座	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

申請者 ( みずほ 太郎 ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である ( 〇〇病院 ) (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 〇 年 〇 月 〇 日

甲の住所 東京都〇〇区〇〇町1-1  
氏名 みずほ 太郎

乙の住所  
名称  
電話

出産予定の医療機関で記入、押印をしてもらってください。

受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 口座 組	支払金融機関は記入不要		店・本店 支店・出張所
	預金 種別	1:普通 2:当座	番号	口座 名義

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

【送付先】 ・ 行内メール ⇒ 行内メール番号:150000 大手町本部ビル気付 24階 みずほ健康保険組合 給付チーム 宛  
・ 郵便 ⇒ 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階  
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛

(2024.12)