（あて先）東京中央卸売市場健康保険組合

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記　号		番　号	
	申請者（被保険者）	氏　名	(フリガナ)		
		住　所	〒　　－		
		電話番号	（　　）		
		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	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	〒　　－		
		電話番号	（　　）		
	申請者に対する支払金融機関	銀行・組合 金庫	店・本店 支店・出張所	預金 種類	1：普通　2：当座 3：その他(　　)
		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。				
	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。 令和　　年　　月　　日 甲（申請者）の住所 氏名 乙（医療機関等）の所在地 名称 電話番号　　（　　）				
	受取代理人に対する支払金融機関	銀行・組合 金庫	店・本店 支店・出張所	預金 種類	1：普通　2：当座 3：その他(　　)
		口座 番号		口座 名義	(フリガナ)

（備考欄）

６．１２改