伺　年　月　日	年　月　日		
支　払　年　月　日	年　月　日		
代理受領額	円	差額支払	法定 円
			付加 円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日	(和暦)　年　月　日		
資格喪失日	(和暦)　年　月　日		

出産育児一時金・付加金		円
支給内訳	出産育児一時金	円
	出産育児一時金付加金	円

被保険者
家　族

【受取代理】出産育児一時金・付加金支給申請書（事前申請）

＜注意＞ 1. 事前申請(出産予定日まで2ヶ月以内)　2. 出産予定日を証明する書類を添付

(和暦)　年　月　日提出

①被保険者証	記号		番号		② 事業所名	
③被保険者氏名			④生年月日	(和暦)　年　月　日	
⑤被保険者住所	〒				
⑥出産予定日	(和暦)　年　月　日		⑦ 出生児の数	単胎 ・ 多胎(　児)	
⑧出産予定者氏名		続柄		生年月日(和暦)	年　月　日
⑨ 出産予定医療機関等	名称				
	所在地	〒			
⑩ 振込希望の銀行(退職者のみ記入)	銀行　支店　普通 当座 〔　〕 ※ 任意継続の方は記入不要(任継資格取得申請書に記入した口座に振込します)				

⑪ 受取代理人記入欄

申請者(　　)(以下「甲」という。)は、医療機関である(　　)(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(＊上限53万円)の受領に関すること。(＊付加給付金 3万円を含む)

(和暦)　年　月　日

甲(被保険者)の　住所
氏名

乙(代理人)の　所在地
名称　　電話　(　　)

受取代理人に対する支払金融機関(郵便局不可)					
	銀行 信用金庫	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号	
	店・本店 支店・出張所			口座名義(カタカナ)	

⑫ ※ 次の場合には下欄に記入が必要です

A 被保険者(女性社員本人)が退職後、6ヵ月以内に出産したとき
・・・被保険者が現在加入している健康保険についてご記入ください

B 被扶養者(妻・娘)がカシオ健保の扶養認定後、6ヵ月以内に出産したとき
・・・被扶養者(家族)が以前に加入していた健康保険についてご記入ください

下記の届出に相違ありません。また、加入保険に情報提供することに同意いたします。

(和暦)　年　月　日

出産者氏名　㊞

保険者名称(健康保険)		□ 健康保険組合 □ 全国健康保険協会 □ 国民健康保険	保険証	記号		番号	
電話番号(健康保険)		A資格所得日 または B資格喪失日(和暦)			年　月　日		

確認欄	①②の確認後✔を入れてください。✔がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
□ □	この届出については①または②の要件をみたしたものである ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

(備考欄)

※出産育児一時金請求により取得した個人情報は、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

令和6.1改

伺　年　月　日	年　月　日		
支　払　年　月　日	年　月　日		
代理受領額	円	差額支払	法定　円
			付加　円

出産育児一時金・付加金	円
支給内訳　出産育児一時金	円
支給内訳　出産育児一時金付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日	(和暦)　年　月　日		
資格喪失日	(和暦)　年　月　日		

被保険者
家族

【受取代理】出産育児一時金・付加金支給申請書（事前申請）

＜注意＞ 1. 事前申請（出産予定日まで2ヶ月以内）　2. 出産予定日を証明する書類を添付

（和暦）　令和6　年　7　月　20　日提出

①被保険者証	記号	1101	番号	9999	②事業所名　カシオ計算機
③被保険者氏名	健保　太郎		④生年月日	(和暦) 平成1 年 1 月 2 日	
⑤被保険者住所	〒				
⑥出産予定日	(和暦) 令和6 年 6 月 2 日		⑦出生児の数	単胎・多胎（　児）	
⑧出産予定者氏名	健保　一子	続柄	妻	生年月日（和暦）	平成1 年 2 月 1 日
⑨出産予定医療機関等	名称	□□ レディースクリニック			
	所在地	〒000-0000　東京都○○区○○○　1-4-20			
⑩振込希望の銀行（退職者のみ記入）	銀行　支店　普通 当座　〔　〕				
	※ 任意継続の方は記入不要（任継資格取得申請書に記入した口座に振込します）				

押印は不要ですが自署でお願い致します。

⑪ 受取代理人記入欄

申請者（　健保　太郎　）（以下「甲」という。）は、医療機関である（　□□ レディースクリニック　）（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（＊上限53万円）の受領に関すること。（＊付加給付金　3万円を含む）

（和暦）　年　月　日

甲（被保険者）の　住所　東京都○○区○○○　5-10-808
氏名　健保　太郎

乙（代理人）　）

医療機関等に記入、証明してもらってください

信用金庫	預金種別	2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号	
店・本店 支店・出張所			口座名義（カタカナ）	

⑫ ※

A

・・・　　（和暦）　年　月　日

B

・・・被扶養者（家族）が以前に加入していた健康保険

扶養になって、6ヵ月以内に出産予定の方

退職してから6ヵ月以内に出産予定の方は↓を記入してください

重複支給を避ける為 下記の保険者へ「出産育児一時金」請求の有無を

⑫枠にご記入の方はこの押印は必要です。

印

保険者名称（健康保険）	●●●支部	□ 健康保険組合 ■ 全国健康保険協会 □ 国民健康保険	保険証	記号	500	番号 666
電話番号（健康保険）	00-0000-0000	A資格所得日　または　B資格喪失日（和暦）		令和 6 年 1 月 25 日		

確認欄	①②の確認後✔を入れてください。✔がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
☑	この届出については①または②の要件をみたしたものである
	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
□	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

確認して✔記入。

（備考欄）

※出産育児一時金請求により取得した個人情報は、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

令和6.1改

（和暦）　　年　　月　　日

カシオ健康保険組合　御中

住 所

被 保 険 者

氏 名

出 産 育 児 一 時 金 等 受 取 代 理 申 請 取 下 書

（和暦）　　年　　月　　日に申請しました 出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

被 保 険 者 証	記号　　番号
出産予定者氏名	
生 年 月 日	（和暦）　　年　　月　　日
出 産 予 定 日	（和暦）　　年　　月　　日
取 下 げ の 理 由	
備　　考	

令和6.1改

（和暦）　　年　　月　　日

カシオ健康保険組合　御中

被保険者証　記 号　　番号

被 保 険 者　住 所

氏 名

受 取 代 理 人 変 更 届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

申請者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関である（　　）（以下「乙」という。）を代理人と定め、（和暦）　　年　　月　　日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関である（　　）（以下「丙」という。）を代理人として定め、これを委任します。

（和暦）　　年　　月　　日

甲 の 住 所

氏　　名

乙の所在地

名　　称　　電話　（　　）

丙の所在地

名　　称　　電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関				銀　行 信用金庫		店 ・ 本店 支店・出張所
	預金種別	1:普通　4:通知 2:当座　5:貯蓄 3:別段	口座番号			
			口座名義 （ｶﾀｶﾅ）			

令和6.1改