

健康保険（被保険者・家族） 出産育児一時金請求書（受取代理用）

被保険者・被扶養者に関する事項	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	(印)		
	事業所名称	会社名			事業場		
	家族(被扶養者)が出産の場合	氏名				続柄	
		生年月日	昭・平・令	年	月		
	出産予定日	平・令	年	月	日	妊娠経過期間	ヶ月 週
	出産予定の病院・産院	名称					
所在地							
被保険者に対する支払金融機関		銀行	店	預金種別	普通・当座・別段		
		金庫	支店	口座番号			
		農協	出張所	フリガナ			
				口座名義			

受取代理人の記入する事項	申請者である甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、甲が請求する、出産育児一時金等の受領に関する権限を、乙に委任します。 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>							
	甲(被保険者)	住所						
		氏名						(印)
	乙(受取代理人)	所在地						
				TEL ()	—			
		名称						(印) [出産予定日証明欄]
					年 月 日			
受取代理人に対する支払金融機関		銀行	店	預金種別	普通・当座・別段			
		金庫	支店	口座番号				
		農協	出張所	フリガナ				
				口座名義				

ダイセル健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり、出産育児一時金の申請をいたします。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>							
住所							
被保険者(申請者)	氏名						(印)

【注意事項】

- 1) 申請には、出産予定日まで2ヵ月以内であること、及び医療機関等の同意を必要とします。
- 2) 代理人(医師)は対象者が、出産予定日まで2ヵ月以内である旨の証明をすること。
- 3) 出産費請求が上限額を超えた場合、その差額は被保険者が医療機関等に直接支払うこと。
- 4) 支給対象者でなくなった場合、受取代理人以外で出産することになった場合には、健保組合に連絡のこと。

支給決定伺	決定年月日		常務理事	事務長	担当者	備考
	年 月 日					
	支給決定額	出産育児一時金 (受取代理) 円				