

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被 保 險 者 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 100	番号 12345	① 被保険者（請求者）の氏 名・生年月日・印 フリガナ ダイハツ タロウ 大発印 昭和・平成・令和 62年 4月 1日生
	被保険者（請求者）の 住所・電話番号	フリガナ オオサカフ イケダシ テシマキタ 〒 563 - ×××× 大阪府池田市豊島北△-△-△ 電話 072 (000) ××××		
	事業所の名称 および 住所・電話番号	名称 所在地	ダイハツ工業株式会社 本社（池田）工場 〒 563 - 8651 大阪府池田市ダイハツ町1番1号 電話 072 (751) 8811	
	被扶養者が出産するための 請求であるときは、 その者の氏名、生年月日	フリガナ 氏名	ダイハツ ハナコ 大発 花子	生年月日 昭和 平成 令和 62年 4月 1日生
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保 険者証の保険者名及び記号・番号または 被扶養者が扶養認定日以後6ヶ月以内に出産 予定の場合は、扶養認定前に加入していた 被保険者証の保険者名及び記号・番号	保険者名 記号・番号	出産予定日 令和 1年 6月 4日	
出産予定の医療 機関等の名称 および 住所・電話番号	名称 所在地	池田医院 〒 563 - 0045 大阪府池田市桃園 ○-△-× 電話 072 (752) ××××		
③ 金融機関名	金融機関コード	* * * * *	店番コード * * * * * ④ 1. 普通 2. 当座 3. その他	
口座番号	ダイハツは、事業主経由の受取を委任しているため記入不要です。			

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲（ 大発 太郎 ）は、医療機関である乙（ 池田医院 ）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 1年 4月 6日 甲（被保険者） 住所 大阪府池田市豊島北△-△-△ 大発印 氏名 大発 太郎 乙（代理人） 住所			
	⑤ 金融機関名	出産する医療機関に記入してもらって下さい (振込先も必ず記入してもらって下さい)		普通 当座 その他
	口座番号			

ダイハツ健康保険組合理事長殿

令和 1年 4月 7日提出

- ◎ 記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
- ◎ 添付書については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。
- ◎ 「*」印欄（金融機関コード・店番コード・付加金額）は保険者が使用する欄です。

提出は、出産予定日の
2ヶ月前からです。