

◀ 受取代理用 ▶健康保険(被保険者・家族)出産育児一時金申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		事業所の名称		〇×〇×〇 (株)			
	123—4567		所属部署名		〇〇〇 部			
	被保険者 (申請者) の氏名	(ふりがな) 大建 太郎 ㊟	被保険者(申請者)の生年月日					
	被保険者 (申請者) の住所	(〒123 - 4567) 〇〇市 ×× 町						
	被扶養者が出産するための 申請である時は、その者の	氏 名		生 年 月 日				
		大建 花子		昭・平 〇〇 年 ×× 月 〇〇日 生				
	出産予定日・数	平成 〇〇 年 ×× 月 〇〇 日 単・多 (胎)						
入院する医療機関の	名 称	〇×× 病院						
	所在地	〇〇市 ××町						
組 合 処 理 欄	資 格 確 認		常務理事	㊟	事務長	㊟	係	㊟
	医療機関支払い額			支払年月日	平成	年	月	日
	被保険者支払い額			支払年月日	平成	年	月	日
	出納日印			出納係	㊟			

※ 記入については、別紙「留意事項」をご覧ください。

※ 添付書類については、別紙「留意事項」に記載してありますので、必ずご覧ください。

受 取 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲：申請者（ ）は、乙：医療機関等である（ ）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。</p> <p>甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（上限42万円）の受領に関する事。</p> <p>平成 年 月 日 (〒 -)</p> <p>甲（被保険者）の住所 (申請者) 氏名 ㊟</p> <p>(〒 -)</p> <p>乙（代理人）の住所 氏名 ㊟</p> <p>電話番号 - -</p>							
	受取代理人に対する支払金融機関の欄							
	金融機関名	銀行 農協 金庫 信組	本店 支店 出張所	口座 種別	4. 普通 5. 当座 6. その他()			
	口座番号		口座名義	フリガナ				