

常務理事	事務長	担当

出産育児一時金 支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号					番号				
	被保険者	氏名	(フリガナ)								
		住所	〒 (フリガナ)								
		生年月日	年 月 日 電話 ()								
	出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)									
	出産予定者 被保険者と同一の 場合は不要	氏名	(フリガナ)								
		生年月日	年 月 日								
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)								
		所在地	〒 (フリガナ)								
	被保険者に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所								
	預金 種別	1:普通 2:当座	口座 番号					口座 名義	(フリガナ)		
被保険者又は出産予定者(被保険者)が出産予定日から6か月以内にダイキン健保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。 ※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。											
被保険者の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生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			
被保険者の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生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	被保険者() (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。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。										
	令和 年 月 日										
	甲の住所										
	氏名										
乙の所在地											
名称											
電話 ()											
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所									
	預金 種別	1:普通 2:当座	口座 番号					口座 名義	(フリガナ)		

(備考欄)

【必要な添付書類】母子手帳(表紙と出産予定日記入ページ)の写し、または、出産予定日まで2ヶ月以内であることを証明できる書類の写し