健康保険 □出産育児一時金・□家族出産育児一時金 請求書（受取代理用）

＜被保険者(本人)の場合は出産育児一時金に、被扶養者(家族)の場合は家族出産育児一時金にレ印をつけてください＞

神戸製鋼所健康保険組合　御中　　令和　　年　　月　　日　請求

被保険者記入欄

記号・番号 ※枝番記入不要		病院・産院等の住所及び名称 住所： 名称： 電話：(　　)　　－
事業所名		
被保険者(請求人)の氏名		
被保険者住所	〒　　－ 電話（　　）　　－	●被保険者➡資格取得日から6ヶ月以内の出産ですか ●家　　族➡扶養認定日から6ヶ月以内の出産ですか □はい、□いいえ、のいずれかに☑してください □はい　□いいえ
出産者	氏名	「はい」の場合、当健保の前に加入していた保険者名と記号・番号をご記入ください
	生年月日 □昭□平□令　　年　　月　　日	保険者名
出産予定日・数	令和　　年　　月　　日□単□多（　胎）	記号・番号
被保険者が当健保資格喪失後に請求するとき		同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を
入社日	□平□令　　年　　月　　日	□受けない　□受けた/受ける予定
退職日	令和　　年　　月　　日	

委任状	**※退職者・任継者は記載不要** 差額支給がある場合、この給付金の受領を事業主に委任します。 令和　　年　　月　　日 被保険者氏名（自署）
支払方法	請求人が一般被保険者、任意継続被保険者***以外***の場合は、各人の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。 銀行名：　　支店名： □当座□普通　口座番号 名義（ｶﾀｶﾅ）：

（注意事項）

- **申請時は「出産予定日を証明する書類(母子健康手帳の写しで可)」を添付してください。**
- 申請は出産予定日の二か月前から受付けます。出産後の受付けはできません。
- 出産予定の医療機関等を変更した場合は、無効になりますので速やかに健康保険組合へ連絡してください。
- 出産費用が出産育児一時金の給付額を下回った場合のみ、その差額が支給されます。

受取代理人（医療機関等）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、出産育児一時金又は家族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。
※産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合は、支給額に制度対象分娩に対する加算がつきません。

令和　　年　　月　　日

甲の住所　〒

氏名

乙の所在地　〒

名称　　TEL　　(　　)

受取代理人に対する支払金融機関	銀行名(ｶﾀｶﾅ)		支店名(ｶﾀｶﾅ)	
	預金種別	普通　その他(　　)	口座番号	口座名義 (ｶﾀｶﾅ)

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

受付印

健康保険組合記入欄

支給日	令和　　年　　月　　日	受取代理人支給額	￥
伝票番号		被保険者支給額	￥

(R6.12改訂)