

支給決定日 月 日	代理人 円	被保険者 円	常務理事	事務長	担当者

~~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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	3000-171717	事業所の 名称	クラシエHD(株)△△事務所	
	被保険者の氏名	城見 保子 (印)			
	被保険者の 生年月日	昭和 平成 56年 4月 8日	被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 12年 4月 1日	
	出産予定日	平成 27年 5月 30日	被保険者の 資格喪失年月日	平成 年 月 日	
	出産予定の医療 施設等の名称・ 住所・電話番号	医療施設等 の名称	京橋産婦人科病院		
		医療施設等 の所在地	〒540-1234 大阪市中央区京橋1-2-3 電話番号 06-7890-9876		
	家族の出産である時は その氏名、生年月日				昭和 平成 年 月 日
被保険者の金融機関 (郵便局、不可)	金融機関コード( 0101 )支店コード( 999 ) ( 当座 第 123456 号) 京橋 銀行 OBP 支店				
備 考	フリガナ シロミ ヤスコ 名 義 城見 保子				

受 け 取 り 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲 ( 城見 保子 ) は、医療施設等である乙 ( 京橋産婦人科病院 ) を代理人と定め、次の権限を委任します。</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 (一児につき上限42万円※) の受領に関すること。 ※「産科医療補償制度」に未加入の医療機関等で出産した場合は40.4万円</p> <p>平成 27年 4月 10日</p> <p>甲 (被保険者) 住 所 大阪市北区天満橋9-8-7 (印) 氏 名 城見 保子 電話番号 06-1111-2222</p> <p>乙 (代理人) 住 所 大阪市中央区京橋1-2-3 (印) 氏 名 京橋産婦人科病院 電話番号 06-9999-8888</p>			
	代理人の金融機関 (郵便局、不可)	金融機関コード( 2020 )支店コード( 345 ) ( 当座 第 112233 号) 大阪 銀行 京橋 支店 フリガナ キョウバシヤンフジンカヒョウイン 名 義 京橋産婦人科病院		