

出産育児一時金の受取代理承認伺			年 月 日	
分娩予定日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
資格取得年月日	年 月 日			
資格喪失年月日	年 月 日			
被扶養者認定年月日	年 月 日			

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書(事前申請用)

※和暦でご記入下さい。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		.		所在地	
	被保険者証の生年月日		年 月 日生			
	被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ)			事業者の	名称
	被保険者(請求者)の住所	(フリガナ)				
	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	
	入院する医療機関の	名 称				
		所在地				
被保険者に対する支払金融機関の欄						
銀行名		支店名	貯金種別	口 座 番 号		

受取代理人の欄	甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	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受領に関すること。				
	年 月 日				
	甲(被保険者)の住所		氏名		
乙(代理人)の住所		氏名			㊟

- この請求書は、被保険者、又は家族の出産費用支払に関し、出産育児一時金を限度として健康保険組合が医療機関等に直接支払うものです。
- この請求書は、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヵ月以内までの者、又は、出産予定日まで2ヵ月以内の家族を有する者が請求できます。
- 出産費貸付制度を利用したものは、この対象となりません。
- この請求書には、母子保健法第16条第1項の規定により交付された**母子健康手帳(写)その他出産予定日を証明する書類を添付**下さい。
- この請求書を受付けた後、健康保険組合は、受取代理人である医療機関等に対し、受取代理の申請を受けたことについて、書面により通知します。
- 受取代理人である医療機関等は、分娩後に上記5. の通知に同封した分娩費請求書(出産証明書付)を下記健康保険組合まで送付願います。
当該書類の送付がない場合は、出産育児一時金の支払ができませんので、ご注意願います。

(送付先)〒530-8611 大阪市北区角田町 8-1
クラレ健康保険組合
TEL 06-7635-1071