

被保険者

支払印

受付印

家族

出産育児一時金申請書【事前申請用】(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称		
	③被保険者の氏名		④生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑤家族が出産のときはその者の氏名		⑥家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑦資格喪失後6箇月以内の方 扶養認定後6箇月以内の方 のみ記入	保険者名		保険証 記号	保険証 番号
		⑧入院された産院・病院または 診療所の名称および所在地			
	病院等の名称		所在地		
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行 支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
		上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日		〒 - TEL - -	被保険者の 住所氏名 _____
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿				

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。 甲が申請する(家族)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)の受領に関すること。				
	令和 年 月 日				
	甲(被保険者)の 住所 _____ 氏名 _____				
	乙(代理人)の 住所 _____ 氏名 _____				
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
金融機関名		支店名	種別	口座番号	口座名義人(ふりがな)

委任状	出産費用が上限額(42万円)未満の場合は、保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。				
	令和 年 月 日 被保険者の氏名 _____				
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人		代理人の住所・氏名 _____		
(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入					

領収証	金 _____円を領収いたしました。				
	ただし、出産育児一時金として		令和 年 月 日 領収		
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		氏 名 _____			

※支給(支出)決定伺	支給金額		出産年月日		※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金		令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 直接払	
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円			<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか		平成 年 月 日			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日		常務理事	
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日	年 月 日認定				
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日					
・ " 資格喪失年月日	令和 年 月 日					

※医療機関に変更があった場合は、(家族)出産育児一時金申請書出産医療機関変更届をご提出ください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)