

健保組合 使用欄	資格取得(認定)日	昭和 平成	年	月	日	内訳	代理人への支払額	支給決定同			
	資格喪失日	平成	年	月	日		円	平成	年	月	日
	出産予定数	単胎・多胎(児)					円	被保険者への支払額	常務理事	事務長	係
	支払年月日	平成	年	月	日		円				

受付印

住友ゴム工業健康保険組合 御中

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

平成 年 月 日 提出

被保険者 (申請者) が記入するところ	被保険者証の記号番号		記号	番号	事業所名					
	被保険者(申請者)の 氏名・住所・生年月日		氏名	印						
			住所	〒						
			生年月日	昭和・平成 年 月 日生 電話 ()						
	出産する方 ※申請者と同一の場合は 「同上」とご記入ください		氏名							
			生年月日	昭和・平成 年 月 日生						
	出産予定日及び胎児数		平成 年 月 日 単・多(胎)							
	出産予定の 医療機関等		名称							
			所在地	〒						
	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)			
【被保険者が出産する場合】… 当組合資格喪失後6カ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について										
健保等の氏名				被保険者氏名			記号・番号			
【被扶養者(家族)が出産する場合】… 当組合加入後6カ月以内に出産する場合、以前加入している健康保険について										
健保等の氏名				本人・家族の別	記号・番号	加入時の氏名		加入期間		
				本人 家族				昭和・平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
受取代理 人の欄	申請者、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。 ※ 一児につき42万円を上限。ただし、産科医療補償制度対象出産でない場合は40.4万円。									
	甲(被保険者)の住所									
	氏名 印									
乙(代理人)の住所										
名称 印										
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				

(留意事項)

◎受取代理の申請の対象者は、被保険者であって、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か月以内の者又は出産予定日まで2か月以内の被扶養者を有するものとなります。

◎母子健康手帳の「氏名が記載されているページの写真(表紙)」と「出産予定日が分かるページの写真」を添付してください。

◎ゆうちょ銀行への振込は、必ず銀行対応口座を記入してください。