

出産育児一時金請求書【受取代理】

被 保 険 者 (甲)	社員番号		フリガナ		
	被保険者証	記号	被保険者氏名		(印)
		番号	被保険者生年月日		昭・平 年 月 日
	被保険者 (請求者)	住所	〒		
		電話番号	()		
	出産予定日	令和 年 月 日	胎児数	単胎・多胎(児)	
	出産者が被扶養者のときは、その者の氏名		続柄	生年月日	昭和・平成 年 月 日
出産予定の医療機関等	名称				
	所在地	〒			
記 入 欄	ある被保険者に支給する場合の支給方法	在職中の方	委任状 上記給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)		
		退職後の方	任意継続又は		店・本店 支店・出張所
			銀行・信用金庫・農協		
			普通・当座	口座番号	
		名義人	(フリガナ)		
			(漢字)		

受 取 代 理 人 (乙)	甲()は、医療機関である乙()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。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 令和 年 月 日 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・信用金庫・農協		支店・出張所	
		預金種別	普通・当座	口座番号	
		口座名義	(フリガナ)		

事 業 主 記 入 欄	上記請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日		受 付 印
	所在地		
	事業所名		
事業主名		(印)	

《留意事項》

- ・この申請は、出産育児一時金を受給する見込みがあり、かつ出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者またはその被扶養者が対象です。(ただし、海外での出産は対象になりません。)
 - ・任意継続加入者が申請する場合、『事業主記入欄』は記入せず、健康保険組合に直接ご提出ください。
- 《添付書類》
- ・母子健康手帳の写し(「分娩者氏名」が記載された表紙と「出産予定日」が記載されたページ)