

出産予定日まで2か月以内の方が対象です

受付No.

—

記入見本

出産育児一時金請求書【受取代理】

被 保 険 者	社員番号	○ ○ ○ ○ ○ ○	フリガナ	ハナツバキ ハナコ	
	被保険者等	記号	○ ○ ○ ○	被保険者氏名	花椿 花子
		番号	○ ○ ○ ○ ○ ○	被保険者生年月日	○ 昭 ● 平 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	被保険者 (請求者)	住所	〒○○○-○○○ ○○県 ○○市 ○○ ○○-○		
		電話番号	○○○ (○○○) ○○○○		
出産予定日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	胎児数	● 単胎 ○ 多胎 (1 児)		
出産者が被扶養者のときは、その者の氏名	被扶養者(家族)が出産した場合、ご記入ください				
(甲)	出産予定の医療機関等	名称	○○産婦人科医院		
		所在地	〒○○○-○○○ ○○県 ○○市 ○○ ○○-○ 電話 ○○○ (○○○) ○○○○		
記 入 欄	被保険者 にある 場合の 支給 方法 の 差額 が	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 花椿 花子		
		退職後の方	銀行 ○ 農協 ○	支店 ○ 出張所 ○	
			預金	退職後の方はこちらをご記入ください	
名義	(漢字)				

受 取 代 理 人	甲(被保険者)は、医療機関である(○○産婦人科医院)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※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。			
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	医療機関等で必要事項の記入を受けてください		
	甲(被保険者)の住所	○○県 ○○市 ○○ ○○-○ 氏名 花椿 花子		
(乙)の欄	乙(代理人)の住所	○○県 ○○市 ○○ ○○-○ 氏名 ○○産婦人科医院 電話 ○○○ (○○○) ○○○○		
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 ○ 農協 ○ 信用金庫 ○	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) ○○サンフジanka ○○産婦人科			

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	事業主の証明が必要です
	事業所名	
事業主名		

《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)

備考欄

【資生堂健康保険組合】202412