

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用)

①申請上の注意  
 一、被保険者の氏名、生年月日、出産予定日、出産予定医療機関等  
 二、母子健康手帳の写し  
 三、申請書に添付する書類  
 四、当受取代理用申請書は、出産予定日以前に行うこととなります。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号			
	家族の出産であるときは その者の氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	出 産 予 定 日 年 月 日	令和 年 月 日	出産予定数	単胎 ・ 多胎 ( 児)		
	出産予定者が出産予定日から遡って6か月以内に健康保険の資格を喪失している場合は、いずれかに記入してください。	申請者本人が当健保組合の資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号		保険者名		
				記号・番号		
		申請者本人の家族が被扶養者認定後6か月以内に出産することによる申請の場合、被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号		保険者名		
				記号・番号		
	出産予定医療機関等	名称		電話 ( )		
		所在地 〒				
	被 保 険 者 先 振 込 先	銀行		支店	普通 当座	No.
	口座名義 (カナ)					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 電話 ( ) 氏名 アボット健康保険組合理事長 殿						

受 取 代 理 人 に 関 す る 欄	甲 ( ) は、医療機関等である乙 ( ) を代理人と定め、次の権限を委任します。 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額 (※) の受領に関すること。 (※出産育児一時金の支給額を上限とする。)				
	令和 年 月 日				
	甲 (被保険者)	住 所 〒	氏 名		
	乙 (医療機関等)	所在地 〒	名 称		
		電 話 番 号			
受 取 代 理 人 先 振 込 先	銀行		支店	普通 当座	No.
	口座名義 (カナ)				

受付日付印