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）

◎申請上の注意
一、票題の被保険者、家族は該当する文字を○で囲んでください。
二、受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、速やかに当健保組合までご連絡ください。
三、当申請は、出産予定日の1カ月以内までに行ってください。

被保険者が記入するところ

健康保険の記号・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カ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カ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カ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 〒			
被保険者振込先	□マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。 利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	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

受取代理人振込先	銀行　支店　普通／当座　No.
	口座名義（カナ）

受付日付印