

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、出生年月日、出産予定日、出産予定医療機関等、出産予定日を記載してください。
二、母子健康手帳の写しを添付してください。
三、受取代理用申請書は、出産予定日より1か月以内に行ってください。
四、当申請は、出産予定日より1か月以内に行ってください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 1234		
	家族の出産であるときは その者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 48年3月20日
	出 産 予 定 日 年 月 日	令和 1年6月7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 産した場合、資格喪 失者名と記号・ 申請者本人の身 分が6か月以内に出産 した場合、被扶養者 保険者名と記号・番号		保険者名	
	出産予定医療機関等	名称 ○×△医院		電話 03 (8765) 4321	
		所在地 〒123-4567 東京都港区中央 2-1-1			
被 保 険 者 先 振 込	三菱UFJ 銀行 港 支店		普通 当座	No. 1234567	
	口座名義 (カナ)		ケンポ タロウ		
	上記のとおり請求します。 令和 1年 5月 2日 住所 〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3 被保険者 電話 03 (1234) 5678 氏名 健保 太郎 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 (健保 太郎) は、医療機関等である乙 (○×△医院) 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 1年 5月 2日 甲 (被保険者) 住 所 〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3 氏 名 健保 太郎				
	乙 (医療機関等) 所在地 〒123-4567 東京都港区中央 2-1-1 名 称 ○×△医院 電話番号 03-8765-4321				
	受 取 代 理 人 先 振 込	三菱UFJ 銀行 虎ノ門 支店		普通 当座	No. 7654321
	口座名義 (カナ)		マルバツサンカクイン		

受付日付印