

健康保険 本人  
家族 出産育児一時金支給請求書 (受取代理申請用)

PD

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証記号番号	記号 160 番号 1234567	② 被保険者の氏名及び印	健保 太郎	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保 印</span>
	③ 被保険者の現住所	(〒938-0000) 富山県〇〇市〇〇 123-4 (TEL: 0765-00-0000)			
	④ 事業所の名称	YKK(株)			
	⑤ 所属部署名	〇〇〇事業本部〇〇	⑥ 職場電話番号	(内線) 77-0000 (外線) 0765-54-0000	
	⑦ 家族が出産するための請求である場合はその家族の氏名等	(ア) 氏名 健保 花子	(イ) 生年月日	昭和 55年 2月 1日生 平成	
	⑧ 出産予定医療機関等	医療機関等の名称	〇〇産婦人科		
		医療機関等の所在地	(〒938-0000) 富山県〇〇市〇〇 1-2 (TEL: 0765-00-0000)		
	⑨ 出産予定日	(※1) 平成 23年 4月 30日	⑩ 出産予定数	単胎・多胎 ( 児)	
⑪ 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			
	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	〇〇健康保険組合		
		記号・番号	12・〇〇〇		

受 取 代 理 人 の 欄	甲 ( 健保 太郎 ) は、医療機関等である乙 ( 〇〇産婦人科医院 ) 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支払制度は利用しません。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 (※2) の受領に関すること。(※2 出産育児一時金等の支給額を上限とする。)				
	平成 23年 4月 5日				
	甲(被保険者)	住所	富山県〇〇市〇〇 123-4		
		氏名	健保 太郎		
	乙(代理人)	住所	富山県〇〇市〇〇 1-2		
	名称	〇〇産婦人科医院			
		(TEL: 0765-00-0000)			
受取代理人に対する支払金融機関					
銀行名	〇〇銀行		支店名	〇〇支店	
口座番号	普通当座	1234567	フリガナ	〇〇サンフジンカイイン	
	その他			〇〇産婦人科医院	

◆ご記入の際は裏面の記入要領を、よくお読みの上ご記入ください。  
 ◆ご記入いただいた個人情報は、出産育児一時金の振込みにのみ利用させていただきます。  
 ◆(※1) 出産予定日の確認のため、母子健康手帳の写しまたは予定日を証明する書類を添付してください。

健保組合  
受付印