

※支給決議書	支給年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	グループ長	担当者
	支給額					
	法定					
	備考	出産年月日	平成 年 月 日			被扶養者届
	医療機関被保険者	支払(予定)日	平成 年 月 日	認定年月日	昭和・平成 年 月 日	
	金額 ¥		資格取得日	昭和・平成 年 月 日		
			資格喪失日	平成 年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金 請求書 (受取代理用)

注意事項

ア. 母子健康手帳の写し(子の保護者及び出産予定日記載ページ)又は、出産予定日が確認できる医療機関等の証明書を添付してください。
 イ. 出産予定日の2ヶ月前より受付となります。出産費貸付制度を利用している場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付してください。
 ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 123 番号 456780	被保険者の氏名と印	日航 花子 (生年月日 1976年 5月 4日)		
	被保険者の現住所	〒 123-4567 東京都大田区羽田1-2-3		TEL. 03 (123) 4567		
	事業所名(所属)	株式会社 J A L O O (△△部)		TEL. 03 (456) 7890		
	家族の分岐であるときはその者の氏名		生年月日	昭和 63年 6月 7日		
	出産予定の医療機関等名称	日航病院		出産予定日	平成 年 月 日	
	出産予定の医療機関等所在地	〒 123-4568 東京都大田区羽田2-3-4		TEL. 03 (123) 4568		
	被保険者が退職後の出産のとき 現在加入している健康保険及び振込先金融機関についてご記入のうえ、現在の保険証コピーを添付してください					
	被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に出産したとき 出産6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください					
	保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	-	
	退職後の請求の場合本人名義の振込先	金融機関名	店名	金融機関番号	店舗番号	口座番号

※「受取代理人の欄」の甲は被保険者、乙は医療機関等、それぞれの署名・捺印が必要です。

受取代理人の欄	被保険者である甲は、医療機関等である乙を代理人と定め、次の権限を委任する。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ない。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關し請求する費用の額の受領に関すること。					
	平成 年 月 日	甲(被保険者)の住所 〒				
		氏名	乙(代理人)の住所 〒			
	医療機関等の名称	氏名	TEL. ()			
	金融機関名	店名	金融機関番号	店舗番号	口座番号	
	受取代理人に対する支払金融機関 口座名義(フリガナ)					

該当する方は記入してください

委任状	本請求により支給される出産育児一時金等の受領に関することを下記の者に委任します。					
	所在地	事業主証明印を、事業所健保窓口にて 押印いただきます。				受付日付印
	事業所名称	被保険者の署名・捺印が必要です。				特例退職(保険証の記号30)及び任意継続(保険証の記号19)の方は記入不要。
委任者氏名						