

※ 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
	医療機関 被保険者	支払(予定)日					昭和・平成	年	月	日
		金額 ¥					資格取得日	昭和・平成	年	月
							資格喪失日	平成	年	月

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添付して下さい。  
 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方は使用できません。  
 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下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 番号	被保険者の 氏名と印	(生年月日 年 月 日)			⑩	
	被保険者の 現住所	〒 TEL ( )						
	事業所名 (所属)	TEL ( )						
	家族の分娩であ るときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	出産予定の 医療機関等名称	出 産 予 定 日		平成	年	月	日	
	出産予定の 医療機関等所在地	〒 TEL ( )						
	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	TEL (健康保険)	( )			

※「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関し請求する費用の額の受領に関する事。					
	平成 年 月 日 甲(被保険者)の住所 〒 氏名 乙(代理人)の住所 〒 氏名 医療機関等の名称 氏名 TEL ( )					
受取代理人に 対する支払金 融機関		金融機関名	店名	金融機関番号	店舗番号	口座番号
		口座名義(フリガナ)				

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事を下記の者に委任します。	
	所在地 事業所名称 事業主名称	⑩
	.....	
	委任者氏名	⑩

受付日付印