

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金請求書(受取代理事前申請用)

(注意事項)

- 1 表題の被保険者・家族の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
- 2 ①欄は、健康保険の被保険者証を見て記入して下さい。
- 3 被保険者本人が出産したための請求である場合は、⑦欄(ア)～(イ)は記入しないで下さい。
- 4 ③欄は、必ず同一印で押印し、⑩⑫は医療機関で記載後に健康保険組合に提出して下さい。
- 5 給付金の受領は、医療機関等への受領となりますので、それぞれ該当する欄に記入押印して下さい。
- 6 申請後に受取代理人である医療機関等に申し出て下さい。

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長				係							
支払年月日	平成	年	月	日													
※支払・支給決議書					摘要	資格	得喪	年	月	日							
支払額											備考						
法定	出産	款	項	目								拾	万	千	百	拾	円
付加	出産																
出産日		平成			年	月	日										

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者証の記号と番号	(記号)	(番号)	②被保険者(請求者)の氏名と印	(フリガナ)	③	印	
	④被保険者(請求者)の現住所	〒 - Tel ()						
	⑤事業所の名称							
	⑥出産する予定の病院・産院の	(ア) 名称						
		(イ) 所在地	〒 - Tel ()					
	⑦被扶養者の出産による請求であるときはその者の	(ア) 氏名				(イ) 生年月日	昭和 平成	年 月 日生
	⑧被保険者あて支給が発生した場合の支払先金融機関							
銀行名	銀行		支店		預金種別	普通・その他()		
	金融機関コード					店番号・記号		
口座番号	No.	フリガナ						
		口座名義						
私は医療機関等である下記の者を代理人と定め、出産育児一時金・家族出産育児一時金 及び同付加金(3万円)の受領を委任します。								
⑨被保険者(請求者)				住所				
				氏名	印			
⑩代理人				住所				
				氏名	印			
⑪出産予定年月日	平成			年	月	日	予 定	
(受取代理人がご記入ください)								
⑫受取代理人への支払先金融機関								
銀行名	銀行		支店		預金種別	普通預金・当座預金		
	金融機関コード					店番号・記号		
口座番号	No.	フリガナ						
		口座名義						

※被保険者が資格喪失した後の出産の場合、付加金(3万円)の支給はありません。