

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保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。

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長			係
支払年月日	令和 年 月 日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					
支給決定の額	拾万 万 千 百 拾 円	摘要	資格	得喪	年 月 日	年 月 日
法定 出産 付加 育児	項目					
出産日	平成・令和 年 月 日					

被 保 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
	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 年 月 日生	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(ゆうちょ銀行の場合は支店名欄に5ケタの記号を記入してください)						
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	(和暦) 年 月 日			
		氏名	印			
⑩代理人		住所				
		氏名	印			
⑪出産予定年月日	(和暦) 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(ゆうちょ銀行の場合は支店名欄に5ケタの記号を記入してください)						
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。