

常務理事	事務長	係員

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書（事前申請書）

被 保 険 者 （ 請 求 者 ・ 甲 ）	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名 生年月日と印	フリガナ	昭・平 年 月 日生 ⑩
	被保険者（請求者） の住所と電話番号	フリガナ 〒 - 電話（ ）				
	被扶養者が出産する ための請求であるときは、その者の氏名 と生年月日	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日生	※被扶養者が扶養認定日以後6ヶ月以内に出産予定の場合は、別途申出ること。	
	記入欄 出産予定の医療機関等の名称および住所 と電話番号	名称	所在地	電話（ ）	出産予定日	平成 年 月 日

受 取 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、 次の権限を委任します。 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 （※ ）の受領に関すること。 ※ 一児につき42万円を上限とする。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲の住所 (被保険者) 氏名 ⑩</p> <p>乙の住所 (代理人) 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">産科医療補償制度加入機関スタンプ</p>						
	受取代理人（乙）に対する支払金融機関の欄						
	金融機関名	金融機関コード	*		店番コード	*	
口座番号						フリガナ	口座名義

平成 年 月 日提出

◎ 記入については、添付資料の留意事項をお読みください。

日本発条健康保険組合

受付日付印