

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 (甲) 記 入 欄	被保険者証 記号		番号		
	被保険者氏名	フリガナ 昭・平 年 月 日生			
	被保険者の 住所と電話番号	フリガナ 〒 - 電話： ()			
	出産する者	フリガナ 昭・平 年 月 日生			
	出産予定日	令和 年 月 日 ※被保険者の入社、被扶養者の扶養認定日が、6か月以内の出産予定の場合は、別途申出ること。			
	出産予定 医療機関等	名称	〒 -		
	所在	電話： ()			

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。</p> <p>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。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の 住所 (被保険者) 氏名</p> <p>乙の 所在地 (代理人) 名称</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		*		口座種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()
		銀行 農協 金庫 信組						本店 支店					
口座番号											口座名義	フリガナ	

※ 記入については、添付資料の留意事項をお読みください。

以下は健保組合使用欄

受付印

常務理事	事務長	担当者