

組合 使用 欄	支給年月日	年 月 日	法定給付						
	資格取得日	年 月 日	付加給付						
	資格喪失日	年 月 日	合計支給額						

常務理事	事務長	担当

支給内訳	被保険者									受取代理人									
------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 情 報	記号・番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			Ⓜ	* 自署の場合は押印を省略できます	
	住所	〒 -					
		TEL (携帯可) - -					
	振 込 先	金融機関名	支店名	普通	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を医療機関に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

出 産 予 定 の 方 の 情 報	出産予定の方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)	氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	出産する 医療機関の	名称							
		所在地							

【付加給付の支払先について】 (希望する方に をしてください)

出産に関する費用の額が法定給付 (42万円または39万円) を上回った場合の支払先について

- 法定給付と付加給付を合わせて医療機関へ支払うことを希望する
- 法定給付分は医療機関へ、付加給付分は被保険者の口座へ支払うことを希望する

受 取 代 理 人 の 欄	甲 () は、乙 () を代理人と定め 次の権限を委任する。 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。									
	年 月 日									
	甲 (被保険者)		住所							
	乙 (代理人)		住所							
			氏名		Ⓜ					
			氏名		Ⓜ					
受取代理人の支払先金融機関										
金融機関		支店名		預金種別		口座番号		口座名義 (カタカナ)		
				普通・当座						

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所担当印

受付日付印

※ 医療機関の方へ
出産後、被保険者へ渡す「分娩費請求書」及び「出生証明書類」の写しを健保組合あてにご送付ください。
出産育児一時金等の支払は、当方での書類確認後となりますのでご了承ください。