

支給・支払決議書	同年月日	年	月	日	支給支払決議書		
	決裁年月日	年	月	日	常務理事	事務長	担当
	支払年月日	年	月	日			
	支払額						
	出産の日	年	月	日	資格	資格取得日	年 月 日
					資格喪失日	年 月 日	

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

健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金 請求書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		事業主の	名称								
	-			所在地								
	被 保 険 者 の 請 求 者 の	個人番号（マイナンバー）										
		氏名				Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
		住所	〒									
			TEL - -									
	被 扶 養 者 が 出 産 す る た め の 請 求 で あ る と き は 、 そ の 者 の	個人番号（マイナンバー）										
		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												
被保険者に対する支払先金融機関の欄												
金融機関名		支店名	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナで)						
銀行		支店	普・当	NO.								

受 取 代 理 人 の 欄	<p>甲（ ）は、乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>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 こと。</p> <p>年 月 日</p> <p>甲（被保険者）の住所 氏名 Ⓜ</p> <p>乙（代理人）の住所 氏名 Ⓜ</p>											
	受取代理人に対する支払先金融機関の欄											
	金融機関名		支店名	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナで)					
	銀行		支店	普・当	NO.							

*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下さい。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下さい。

事業所担当印

受付日付印
