

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等請求書（受取代理用）

*出産予定日の2ヶ月前以降の日に請求

令和 X 年 4 月 1 日 請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、第三者に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

| | | | | | |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| 被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号と番号 | 記号 1010 番号 99999 | 被保険者の氏名 生年月日と印 | フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子 昭平 XX 年 X 月 X 日生 | 印 |
| | 被保険者の住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 | | | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 |
| | 事業所の名称 および電話番号 | 名称 日本無線株式会社 | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | | |
| | 家族が出産するた めの請求であるとき は、その者の氏名・ 生年月日 | フリガナ 氏名 | 生年月日 | 昭和 年 月 日生 平成 | |
| | 資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証の 保険者名および記号・番号 または被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産予 定の場合は、扶養認定前に加入していた被保険者の保 険者名および記号・番号 | 保険者名 記号・番号 | 出産予定日 | 令和 X 年 5 月 11 日 | |
| | 出産予定の医療機 関等の名称および 住所・電話番号 | 名称 〇〇婦人科病院 | 所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 123 | 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | 産科医療補償制度加入の有無 有 ・ 無 |
| | 被保険者(請求者)に対する支払金融機関の欄 (資格喪失後出産の方のみ記入) | | | | |
| | 金融機関 | 金融機関名 銀行・農協 金庫・信組 | 支店名 本店 支店 出張所 | 口座種別 | 1. 普通 2. 当座 3. その他() |
| | 口座番号 | 口座名義 | フリガナ | | |

| | | | | | |
|---|---|-------------------------|------------------------|------|-----------------------------|
| 受 取 代 理 に 関 す る 欄 | 甲(健保 花子)は、医療機関である乙(〇〇婦人科病院)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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額被保険者43万2千円、 家族42万円の受領に関する。*産科医療補償制度未加入の場合、被保険者41万6千円、家族40万4千円となります。 令和 年 月 日 甲 (被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 氏名 健保 花子 印 乙 (代理人) 住所 以下、医療機関が記入 氏名 印 | | | | |
| | 受取代理人に対する支払金融機関の欄 | | | | |
| | 金融機関 | 金融機関名 銀行・農協 金庫・信組 | 支店名 本店 支店 出張所 | 口座種別 | 1. 普通 2. 当座 3. その他() |
| | 口座番号 | 口座名義 | フリガナ | | |