

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）

平成 XX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	被保険者の氏名 生年月日と印	フリカ`ナ フクイ アイ 福井 愛	
		番号 30000		明・大・昭・平 XX年 2月10日 生	
	被保険者の住所	〒 181 - 0001 三鷹市井の頭3-2-1			電話 0422 (45) 9589
	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 0422 (45) 3456		
	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	フリカ`ナ	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
	資格喪失後に出生予定の場合は、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か月以内に 出生予定の場合は、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	出生予定日	平成 XX年 5月 11 日	
	出生予定の医療機 関等の名称および 住所・電話番号	名称 三鷹産婦人科病院	所在地 〒 181 - 0002 三鷹市牟礼1-1-1	電話 0422 (24) 1010	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（資格喪失後出生の方のみ記入）				
	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		フリカ`ナ	

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲（ 福井 愛 ）は、医療機関である乙（ 三鷹産婦人科病院 ）を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が請求する出生育児一時金・付加金のうち、乙が甲に対して出生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事。※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。				
	平成 年 月 日				
	甲（被保険者）	住所	三鷹市井の頭3-2-1		
		氏名	福井 愛 		
	乙（代理人）	住所	以下、医療機関が記入		
		氏名			
	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		フリカ`ナ	