

(被保険者等・医療機関等 → 健保組合)

				常務理事	事務長	精算	担当
健保組合記入欄	支給対象者が家族の場合はその認定日	昭和 平成 令和	年 月 日	差額支給額		円	
	備考						

被保険者 家族 **出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)**

被保険者の記入する欄	被保険者証	記号 番号	被保険者氏名		Ⓜ		
	事業所名称						
	被保険者の住所電話番号	電話 ()					
	出産予定日	令和 年 月 日	単胎・多胎の別	単胎・多胎 (胎)			
	出産する者が家族であるときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日		
		続柄		当組合以外にこの申請書を提出していますか	提出した・提出していない		
出産する医療機関等の	名称						
	所在地電話番号	電話 ()					
受取代理人の欄	被保険者(甲) ()は、医療機関等(乙)である ()を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接払制度は利用いたしません。 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(出産育児一時金等の支給額を上限とする)の受領に関する事。						
	令和 年 月 日 〒 甲(被保険者) 住所 氏名 Ⓜ						
	〒 乙(医療機関等) 住所 氏名 Ⓜ						
	医療機関等代理人名義			普通 当座	口座番号		
	金融機関	銀行	支店				