|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 支給並支払決　定　伺 | 常務理事 | 事務長 | 係　　員 | 起案 |
|  |  |  |  | 施行 |
| 出産日 |  |
| 病院支払額：　　　　　　　円 | 本人支払額：　　　　　　　　　　円　 |  |
| **被保険者・被扶養者　出産育児一時金請求書（受取代理用）** |  |
| 　 年 月 日　請求　　　　太枠の中のみご記入ください。 |
| 被　保　険　者　の　記　入　欄 | 　記号　 | 番号 | 被保険者氏名 | 生年月日 |
|       |  　　　     | 　　 　　 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 連絡先 | 〒     －     住所                                    | 勤務先Tel：     自宅 Tel：      |
| 出産者氏名 |   | 出産者の資格認定年月日 | 昭・平・令　 年 月 日 |
| 出産者の出生年月日 | 昭・平・令　 年 月 日 |
| 出産予定の医療機関名 |   | 出産予定日 | 令和　 年　 月　 日 |
| ①被扶養者（家族）が資格取得後６ヶ月以内に出産する場合 | ②被保険者が資格喪失後に出産する場合 |
| 以前加入の健康保険名 |  　　　     | [ ] 健康保険組合[ ] 協会けんぽ[ ] 国民健康保険 | 現在加入の健康保険名 |  　　　     | [ ] 健康保険組合[ ] 協会けんぽ[ ] 国民健康保険 |
| ＴＥＬ |   | ＴＥＬ |   |
| 退職年月日 |   | ご主人の氏名 |   |
| 加入時の姓名 |   |
| 保険証の記号・番号 |   | 保険証の記号・番号 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 受取代理に関する欄 | 申請者（                    ）(以下｢甲｣という。)は、医療機関等である（                         ）(以下｢乙｣という。)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の医療機関等への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金のうち、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。※乙が受領する出産に関する費用が出産育児一時金の上限未満の場合、その差額の受領を事業主へ委任する。 年 月 日甲（被保険者）　住　所　　 氏　名　　 　乙（医療機関）　所在地〒　　　－　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　(　　　　)※訂正の際は二重線で抹消の上、正しい内容を記入し訂正印または証明者の氏名（サイン）をお願いします。 |
| 受取代理人に対する振込先 |
| 銀行信用金庫 | 支店 | □　普通□　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | － |  |  |  | 口座名義 | カタカナで記入 |

　**【添付書類】**＊母子手帳のコピー
　　　　　　①表紙で母子氏名が記載されているページ
　　　　　　②出産予定日が記載されているページ