

健康保険 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理)

【添付書類】 母子手帳のコピー (出産予定者名と父親の氏名が記載されている頁、出産予定日が記入されている頁)

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日				被保険者名	(フリガナ)
			昭和 平成					
	事業所名							
	住 所		〒	電話番号(日中の連絡先)			()	
	出産予定日・数		令和	年	月	日	単胎 ・ 多胎 (胎)	
	出産予定者		氏名	(フリガナ)				
			生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	出産予定 医療機関等		名称					
所在地			〒					
振込先金融機関		預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座		口座番号			
		(銀行コード:)	銀 行 ・ 信 用 組 合		(支店コード:)			
		信用金庫 ・ 農 協		本 店		支 店		
		口座名義	(カタカナで記入)					

受 取 代 理 人 の 欄	<p>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、出産育児一時金等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事。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする</p>						
	令和	年	月	日			
	住所						
	甲の 氏名		Ⓜ				
	所在地						
乙の 名称		Ⓜ					
電話番号		()					
振込先金融機関		預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座		口座番号		
		(銀行コード:)	銀 行 ・ 信 用 組 合		(支店コード:)		
		信用金庫 ・ 農 協		本 店		支 店	
		口座名義	(カタカナで記入)				

(備考欄)