

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 | 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 | | | | | | | |
| | 令和 | 年 | 月 | 日 | 住所 | | | |
| | 甲の | | 氏名 | | | | | 印 |
| | 乙の | | 所在地 | | | | | 印 |
| | | 名称 | | | | | 印 | |
| | | 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) | | | | | | | | |