

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	
	被保険者	氏名	フリガナ ケンボ イチロウ 健保 一郎	
		住所	〒 フリガナ トウキョウトチユウオウクシカワ 東京都中央区新川 - - 電話 03(9876) 0000	
		生年月日	昭和・平成 4 年 4 月 3 日	
	出産予定日・数	令和 3 年 6 月 5 日 単胎・多胎(胎)		
	被扶養者が出産 する場合はその 者の氏名・生年 月日	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	
		生年月日	昭和・平成 4 年 4 月 3 日	
	出産予定 医療機関等	名称	フリガナ サイタマサンフジンカ 埼玉産婦人科	
		所在地	〒 フリガナ サイタマセントウザイシナンボク 埼玉県東西市南北区 - -	
	被保険者に対す る支払金融機関	金融機関 番号	金融機関名	銀行 店番 店名 支店
口座番号		(普通・当座) 口座名義		

次の 又は に該当する場合は必要事項に記入をお願いします。

被保険者本人の退職等により、健康保険資格喪失後6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号 保険者名 ()
記号 () 番号 ()

被保険者の家族が、被扶養者認定後6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号 保険者名 (健康保険組合)
記号 () 番号 ()

被保険者 (健保 一郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である (埼玉産婦人科) (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等のうち、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。出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和 年 月 日

甲の住所 東京都中央区新川 - -

氏名 健保 一郎

乙の所在地 埼玉県東西市南北区 - -

名称 埼玉産婦人科 電話 012 (345) 0000

受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関番号	金融機関名	銀行	受付日付印	
	店番	店名	支店		
	口座番号	(普通・当座)			
	フリガナ	サイタマサンフジンカ			
	口座名義	埼玉産婦人科			

(備考欄)