

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						
		住所	〒 フリガナ 電話 ()						
		生年月日	昭和・平成 年 月 日						
	出産予定日・数	年 月 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						
		生年月日	昭和・平成 年 月 日						
	出産予定 医療機関等	名称	フリガナ						
		所在地	〒 フリガナ						
	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		店番		店名	
口座番号 (普通・当座)					口座名義	フリガナ			
<p>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。</p> <p>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 ()</p> <p>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 () 記号 () 番号 ()</p>									
被 保 険 者 及 び 受 取 代 理 人 の 欄	<p>被保険者 () (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こと。 出産育児一時金等の支給額を上限とする。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所</p> <p>氏名</p> <p>乙の所在地</p> <p>名称 電話 ()</p>								
	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		/ 受付日付印 \			
		店番		店名					
		口座番号 (普通・当座)							
		フリガナ							
		口座名義							
備考欄									