

医療機関と直接個別支払いとした場合の申請書類

支給決定 伺	同年月日	年 月 日	支 給 額		常務理事	主 任	担 当
	支払年月日	年 月 日	医療機関等				
	分娩年月日	年 月 日	被保険者				
			支給計				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 1010	番号 12345	被保険者(請求者)の 氏名・生年月日と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (印) 〇〇〇〇年 〇月 〇日生	
	被保険者(請求者) の住所・電話番号	フリガナ トウキョウト チョダク チョダ 〇-〇-〇 〒 123 - 4567 東京都〇〇区〇〇△丁目△番△号 電話 03 (4567) 8901				
	事業所の名称及 び住所・電話番号	名称 三井E&Sホールディングス	〒 234 - 5678 東京都〇〇区〇〇△丁目△番△号 電話 03 (1234) 5678			
	被扶養者が出産するための 請求であるときは、その者の 氏名・生年月日	氏名 ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 〇〇〇〇年 〇月 〇日	出 産 予 定 日	〇〇〇〇年 〇月 〇日 数 (単) ・ 多 (1 胎)	
	出産予定の医療 機関等の名称及 び住所・電話番号	名称 〇〇産婦人科医院	〒 345 - 6789 東京都〇〇区〇〇△丁目△番△号			
	医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満の場合は、 その請求額との差額の給付を事業主に委任します。 〇〇〇〇年 〇月 〇日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)					
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下の いずれかに記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、 6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。					
	申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者 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 〇〇健康保険組合	記号 △△△	番号 □□□□		
	申請者本人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		

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲(健保 太郎)は、医療機関である乙(〇〇産婦人科医院)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い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を受領に関すること。 〇〇〇〇年 〇月 〇日					
	甲(被保険者)	住所	東京都〇〇区〇〇△丁目△番△号			
		氏名	健保 太郎 (印)			
	乙(代理人)	住所	東京都〇〇区〇〇△丁目△番△号			
		氏名	〇〇産婦人科医院 (印) 電話 03 (2345) 6789			
受取代理人に対する支払金融機関の欄						
① 金融機関名	三井〇〇	銀行 農協 金庫 信組 郵便局	△ △	本店 支店 出張所	② 口座種別 1. 普通 2. 当座	
口座番号	1234567		口座名義	フリガナ マルマルサンフジンカイン 〇〇産婦人科医院		