

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書(受取代理申請用)

①申請上の注意  
 一、母子健康手帳の写しを提出する場合は、  
 二、受取代理申請は、出産予定日をもって行な  
 三、当申請は、出産予定日をもって行な  
 四、

|   |   |   |   |         |                |  |
|---|---|---|---|---------|----------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                  | 被保険者等<br>記号番号   | 記号  | 番号  | 被保険者の氏名 |                |  |
|   | 家族の出産であるときは<br>その者の氏名   |   |   | 生年月日    | 昭和<br>平成 年 月 日 |  |
|   | 出産予定<br>年月日   | 令和 年 月 日  |   | 出産予定数   | 単胎・多胎(児)       |  |
|   | 出産予定者が出産予定日から遡って6カ月以内に健康保険の資格を喪失している場合は、いずれかに記入してください。                      | 申請者本人が当健保組合の資格喪失後6カ月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している<br>保険者名と記号・番号<br><br>申請者本人の家族が被扶養者認定後6カ月以内に出産することによる申請の場合、被扶養者認定前に加入していた<br>保険者名と記号・番号 |   |         | 保険者名           |  |
|   |   |   |   |         | 記号・番号          |  |
|   |   |   |   |         | 保険者名           |  |
|   |   |   |   |         | 記号・番号          |  |
|   | 出産予定医療機関等   | 名称  |   | 電話 ( )  |                |  |
|   |   | 所在地 〒   |   |         |                |  |
|   | 確認欄<br>右のチェック欄に<br>レ点をしてください。   | <input type="checkbox"/>  | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがなければ申請者本人が確認している。 |         |                |  |
| 給付金振込先  | 給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。<br>*退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。 |   |   |         |                |  |
| 上記のとおり請求します。<br>年 月 日<br>住所 〒<br>被保険者 電話 ( )<br>氏名<br>大気社グループ健康保険組合 理事長 殿 |   |   |   |         |                |  |

|  |  |              |    |          |     |
|--|--|--------------|----|----------|-----|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>に<br>関<br>す<br>る<br>欄 | 甲( )は、医療機関等である乙( )を代理人と定め、次の権限を委任します。<br>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(※)の受領に関すること。<br>(※出産育児一時金の支給額を上限とする。) |              |    |          |     |
|  | 年 月 日  | 甲(被保険者) 住所 〒 |    | 氏名       |     |
|  | 乙(医療機関等)   | 所在地 〒        |    | 名称       |     |
|  |  | 電話番号         |    |          |     |
|  | 受取代理人先   | 銀行           | 支店 | 普通<br>当座 | No. |
|  | 口座名義(カナ)   |              |    |          |     |

【送付先】

郵送の場合：〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室  
大気社グループ健康保険組合

受付日付印