

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、出産予定日前行って記載してください。
 三、当申請は、出産予定日前行って記載してください。
 四、申請は、出産予定日前行って記載してください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 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 その者の氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	出産予定 年月日	平成 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 保険者名と記号・番号 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 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 右のチェック欄にレ点を 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。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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。 *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。 年 月 日 住所 〒 被保険者 電話 () 氏名 大気社グループ健康保険組合 理事長 殿						

受 取 代 理 人 に 関 する 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。 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。 (※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 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