

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書（受取代理用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		該当するものに○印			
	—		1. 事業所勤務 名称 所在地		2. 特例退職 被保険者	3. 任意継続 被保険者
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者 (請求者) の住所	フリガナ		〒		
	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	昭和 平成	年 月 日
	出産予定日	年 月 日		出産児数	単胎 ・ 多胎 (児)	
	出産予定の 医療機関等	名 称		所在地 〒		
	振込希望銀行	金融機関番号	銀行		預金種目	口座番号 (右づめで記入)
					普通・当座	
		店舗番号	支 店 出張所		フリガナ	
		口座名義人				
Tel () -						

受 取 代 理 人 の 欄	<p>甲 () は、乙 () 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のうち、乙が甲に対して出産に関し、請求する費用の額 (上限 万円) の受領に関すること。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>甲 (被保険者) の住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>乙 (代 理 人) の住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>					
	振込希望銀行	金融機関番号	銀行		預金種目	口座番号 (右づめで記入)
					普通・当座	
		店舗番号	支 店 出張所		フリガナ	
					口座名義人	
Tel () -						

(注) 受取代理人の欄の文中、受取代理人に委任する上限額(上限 万円)は、原則として産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円(未加入の場合40万4千円)とご記入いただきますが、民放健保の付加給付額を含めた額を希望する場合は、民放健保と医療機関等との合意が必要となりますので、事前に所轄の本部又は支部までご連絡をお願いいたします。

令和 年 月 日提出
受付日付印