

出産育児一時金申請書 (受取代理用)

太枠線内は、すべて記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号・番号	-		事業所名					
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	出産予定者の氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	出産予定日	令和 年 月 日 予定			被保険者との続柄				
	出産する予定 の医療機関	名称							
		所在地	〒 電話 ()						
	被保険者の分娩が資格喪失後であるときは、現在加入の保険者名と記号・番号及び連絡先	保険者名		記号・番号		電話番号			
	家族の分娩が被扶養者になってから6ヶ月以内のときは、以前加入の保険者名と記号・番号及び連絡先	保険者名		記号・番号		電話番号			
上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 〒 被保険者 住 所 明治グループ健康保険組合 理事長 殿 氏 名 ㊞									

受 取 代 理 人 の 記 入 欄	甲は、医療機関である乙を代理人と定め、甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して請求する出産に関する費用の額(上限50万円)の受領に係る権限を委任します。ただし、出産費用が出産一時金の額に満たない場合は、出産費用の額を限度額とします。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。 令和 年 月 日 〒 甲(被保険者)の住 所 氏 名 ㊞ 〒 乙(代理人)の住 所 氏 名 ㊞ 電 話 ()							
	受取代理人の 振込金融機関	銀行		支店	フリガナ			
		普通・当座	口座番号		口座名義			

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。

但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

(注意事項)

本申請書は、出産予定日の2ヶ月以内に申請して下さい。

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者