

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等請求書（受取代理用）

* 出産予定日の2ヶ月前以降の日に請求

令和 X 年 4 月 1 日 請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、第三者に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 (請 求 者)	被保険者証の 記号と番号	記号 1010	被保険者の氏名 生年月日	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	
		番号 99999		昭(平) XX 年 X 月 X 日生	
が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3		電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	事業所の名称 および電話番号	名称 日本無線株式会社	電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
入 る こ ろ	家族が出産するた めの請求であるとき は、その者の氏名・ 生年月日	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日生	
	資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証 の保険者名および記号・番号 または被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産予 定の場合は、扶養認定前に加入していた被保険者の保 険者名および記号・番号	保険者名 記号・番号	出産予定日	令和 X 年 5 月 11 日	
こ ろ	出産予定の医療機 関等の名称および 住所・電話番号	名称 〇〇婦人科病院	所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 123	電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
		産科医療補償制度加入の有無		有 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 <input type="checkbox"/>	
こ ろ	被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄（資格喪失後出産の方のみ記入）				
	金融機関	金融機関名	支店名	口座種別	1. 普通
		銀行・農協 金庫・信組	本店 支店 出張所		2. 当座
口座番号	口座名義	フリガナ			3. その他()

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲（ 健保 花子 ）は、医療機関である乙（ 〇〇婦人科病院 ）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・付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額、被保険者50万円、家族50万円の受領に関する事。※産科医療補償制度未加入の場合、被保険者48万8千円、家族48万8千円となります。 なお、被保険者に係る付加金(1万2千円)は後日当健保より給付します。				
	令和 年 月 日	甲（被保険者）	住所	〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3	
		氏名	健保 花子		
	乙（代理人）	住所	以下、医療機関が記入		
		氏名			
欄	受取代理人に対する支払金融機関の欄				
	金融機関	金融機関名	支店名	口座種別	1. 普通
		銀行・農協 金庫・信組	本店 支店 出張所		2. 当座
口座番号	口座名義	フリガナ			3. その他()

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。
また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。