

被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用)

中部アイティ産業健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業 所		
	被 保 険 者 名 (申 請 者)	(フリガナ)	印			
	被保険者の住所	〒 —				
	連 絡 先	() —				
	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	平成	年	月	日 単・多(胎)
	出産予定医療機関等	名 称				
		所 在 地	〒			
	被保険者に対する支払金融機関					
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義		
			普通	(フリガナ)		
	被保険者資格喪失後6ヶ月以内の出産 の場合、喪失後に加入の健康保険の	保険者名	記号・番号	—		
	被扶養者認定後6ヶ月以内の出産の 場合、認定前に加入の健康保険の	保険者名	記号・番号	—		

受 取 代 理 人 の 欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 平成 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名 印 乙(代理人)の住所 氏名 印 電話					
	受取代理人 に対する支払金融機関					
		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義	
				当座 普通	(フリガナ)	

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付してください。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付してください。□マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備考欄

健 保 組 合 処 理 欄	本 人	資 格 取 得	年 月 日	産科医療補償制度 スタンプ 有・無			
		喪 失	年 月 日	受取代理人支給金額		円	
	被保険者期間	1年以上 有・無	申請者支給金額		円		
	被扶養者認定日	年 月 日	常務理事	事務長	担 当	確 認	
	支給決定日	年 月 日					
	支 給 日	年 月 日					

添付書類： 出産予定日を証明する書類(母子手帳の写し等)