

被保険者 出産育児一時金支給申請書（受取代理用）
家 族

中部アイティ産業健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号		-		事業所				
	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 被保険者のマイナンバー記入欄								
	被保険者名 (申請者)		(フリガナ)						
	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					
	出産予定日			生年月日		年 月 日			
	出産予定日			年 月 日 単・多 (胎)					
	出産予定医療機関等			名 称					
				所 在 地		〒			
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者に対する支払金融機関								
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。								
	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		普通		口座番号		口座名義
									(フリガナ)
	被保険者資格喪失後6か月以内の出産 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か月以内の出産の 場合、認定前に加入の健康保険の			保険者名		記号・番号		-		
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。 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名 乙(代理人)の住所 氏名 電話									
受取代理人に対する支払金融機関									
銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		当座 普通		口座番号		口座名義	
								(フリガナ)	
健 保 組 合 処 理 欄	本 人	資 格	取 得	年 月 日		産科医療補償制度		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	
			被 扶 養 者 認 定 日	年 月 日		常務理事		事務長	
			支 給 決 定 日	年 月 日				担 当	
		支 給 日	年 月 日				確 認		