

※組合記入欄	支給額	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日	前資格取得・喪失(-)	
	出産育児一時金	円	資格喪失	平・令 年 月 日	取得 年 月 日	喪失 年 月 日
	出産育児付加金	円	扶養認定	昭・平・令 年 月 日	備考	

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)

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎ 記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないように記入して下さい。	被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	123-45	② 事業所 の名称	〇〇〇株式会社	
	③ 被保険者の 氏名	健保 花美			④ 被保険者の 生年月日	昭・平・令 5 年 6 月 7 日
	⑤ 被保険者の 住所・電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町1-2-3		電話 06 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	⑥ 家族が出産 するとき その者の氏名	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑦ 出産予定日・数	平・令 1 年 6 月 24 日			(単) ・ 多 (胎)	
	⑧ 出 産 予 定 医 療 機 関 等	名称	〇〇〇〇〇〇病院			
		所在地	〇 〇 市 〇 〇 町 〇 〇 番 地			
	⑨ 該当する支給要件はどちらですか(被保険者が出産する場合) ア 被保険者期間中の出産予定 イ 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定 (資格喪失後加入している健康保険を下欄に記入して下さい。)			⑩ 家族があなたの被扶養者になった時期(家族が出産する場合) ア 出産予定の日より6ヶ月以上前 イ その他 (あなたの被扶養者となる前に加入していた健康保険を下欄に記入して下さい。)		
	保 険 者 名		被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	
	⑪ 被保険者 の振込先 金融機関		〇 〇	銀行 金庫 組合 農協	〇 〇	店 支店 出張所
				口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段	預金口座名義人の氏名 フリガナ ケンポ ハナミ	
				預金口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	健保 花美	

受 取 代 理 人 の 欄	<p>申請者(健保 花美)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇〇〇〇病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任する。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。</p> <p>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*の受領に関すること。</p> <p>* 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市西区〇〇町1-2-3 氏名 健保 花美</p> <p>乙(代理人)の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 〇〇〇〇〇〇病院</p>					
	⑪ 受取代理人 の振込先 金融機関		〇 〇	銀行 金庫 組合 農協	〇 〇	店 支店 出張所
					口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段	預金口座名義人の氏名 フリガナ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
					預金口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇病院