

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金等請求書（受取代理用）

朝信健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号		記号		番号		事業所 名 業 所 称				
	被保険者(請求 者)の氏名		㊟				住 所		〒 ー 電話番号 ()		
	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及び記号番号。 又は被扶養者が扶養認定日以後6ヶ月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入 していた被保険者証の保険者名及び記号番号							出 産 予 定 日		年 月 日	
	保険者名					記号		番号		出 産 予 定 日 ・ 数 単 ・ 多 (胎)	
	出産予定の医療機関 等の名称及び所在地		名 称		〒 ー 電話番号 ()						
	出産予定の医療機関 等の名称及び所在地		所 在 地		電話番号 ()						
	医療機関等への支払金が規定支給金額未満であった場合の差額支給用										
	委任状		私は事業主を代理人と定め、本請求にもとづく給付金に関する権限を委任します。 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 ㊟ 代理人の 住 所 氏 名 ㊟								
	※退職後に請求する場合は下記に記入してください。										
希望する 金融機関		預金 種別		普通・当座		口座番号		銀行 信用金庫 本店 信用組合 農 協 支店		(フリガナ) 口座名義	

受 取 代 理 人 に 対 す る 欄	甲 () は、医療機関等である乙 () 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。 ※出産育児一時金等の支給額（付加金含む）を上限とする。 年 月 日 甲（被保険者） 住 所 氏 名 ㊟ 乙（代理人） 住 所 氏 名 ㊟											
	受取代理人に対する支払金融機関の欄											
	金融機関名						店 舗 名				口座種別 普通・当座	
	口 座 番 号						口 座 名 義		(フリガナ)			
	口 座 番 号						口 座 名 義					