椿本チエイン健康保険組合　殿

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		番号	
	被保険者	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
		住所	〒　　電話		
		生年月日	昭・平　　年　　月　　日		
	出産予定日・数	令和　　年　　月　　日　　単 ・ 多(　　胎)			
	出産予定者 ※被保険者と同一の場合は不要	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
		生年月日	昭・平　　年　　月　　日		
	出産予定医療機関等	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
		所在地	〒		

受取代理人の欄（医療機関等）

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿（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※の受領に関すること。

※ 出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲(被保険者)の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

乙(医療機関)の所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受取代理人に対する支払金融機関	銀行・金融 信金・信組					本店・支店 出張所
	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

(備考欄)

【2024.12改訂】