

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	(フリガナ) _____ ⑩			
		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	(フリガナ) _____			
生年月日		昭・平 年 月 日				
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) _____				
	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				
	甲の住所 _____				
	氏名 _____ ⑩				
	乙の所在地 _____				
	名称 _____ ⑩				
	電話 _____				
受取代理人に対する 支払金融機関	★振込口座については健保事務の関係上、ゆうちょ銀行は避けていただくようお願いします。				
		銀行・金融	本店・支店	信金・信組	出張所
預金種別	1:普通	口座番号		口座名義	(フリガナ)
	2:当座				

(備考欄)