

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	20	番号	222	
	被保険者	氏名	(フリガナ) ツバキ タロウ 椿 太郎 (印)			
		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話 072 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪府大東市〇〇1-1-1			
		生年月日	昭・平 6 年 8 月 6 日			
	出産予定日・数	令和 1 年 10 月 20 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) ツバキ ハナコ 椿 花子			
生年月日		昭・平 8 年 12 月 3 日				
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇〇〇〇産婦人科				
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 大阪府枚方市〇〇1-1-1				

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	_____ (印)			
	乙の所在地	_____			
	名称	_____ (印)			
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 2:当座	口座番号	口座名義	(フリガナ)

(備考欄)