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	20	番号	222
	被保険者	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ﾂﾊﾞｷ　ﾀﾛｳ 椿　太郎		
		住所	〒 ○○○ － ○○○○　電話 072－○○○○－○○○○ 大阪府大東市○○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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ﾂﾊﾞｷ　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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ○○○○○産婦人科		
		所在地	〒 ○○○ － ○○○○ 大阪府枚方市○○1-1-1		

受取代理人の欄(医療機関等)

被保険者 椿　太郎　(以下「甲」という。)は、医療機関等である ○○○○○産婦人科　(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　1年　9月　1日

甲(被保険者)の住所　大阪府大東市○○1-1-1

氏名　椿　太郎

乙(医療機関)の所在地　大阪府枚方市○○1-1-1

名称　○○○○○産婦人科

電話　○○○-○○-○○○○

受取代理人に対する支払金融機関	椿本	(銀行)・金融 信金・信組	枚方	本店・(支店) 出張所		
	預金種別	(1:普通) 2:当座	口座番号	3387956	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ○○○○ｻﾝﾌﾟｼﾝｶ　XX XXX

(備考欄)

【2024.12改訂】