

| | | | |
|---|-------|--|--|
| 款 | 支 給 額 | | |
| 項 | | | |
| 目 | 円 | | |

被保険者
アンリツ健康保険組合御中 家族 被保険者
出産育児一時金 支給申請書（受取代理用） 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------|----------------|-----------------------|-------------|--|--|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証 記号 | | 番号 | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | | | | TEL | | | | | |
| | 以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。 | | | | | | | | | |
| | 出産予定日 | 令和 年 月 日 単・多(胎) | | 出産予定の医療機関等 | 名称 | | | | | |
| | 添付書類 | 「母子手帳の表紙」と「出産予定期を確認できるページ」の写し | | 所在地 | 〒 | TEL | | () | | |
| | | 被扶養者氏名 | | | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | | 続柄 | | |
| | 被扶養者が出生する場合 | 被扶養者が加入していた健康保険等の内容 | 被扶養者名 | 健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険 | | | 記号 | 番号 | | |
| | | | 所在地 | | | | 加入日 | 昭・平・令 年 月 日 | | |
| | | | TEL | | | | 脱退日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 被保険者が退職後出産する場合 | 現在加入の保険について | 保険者名 | 健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険 | | | TEL | | | |
| 所在地 | | | | | | 記号・番号 | - | | | |
| 被保険者名 | | | | | | 資格取得日 扶養認定日 | 平・令 年 月 日 令和 年 月 日 | | | |
| 退職者記入 | 退職後(退職予定期)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。※ゆうちょ銀行は不可 | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 支店名 | 種類 | 口座番号 | フリガナ | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 普通 | | | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 当座 | | | | | | | |
| | 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です) | | | | | | | | | |
| | 備考欄 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受取代理人に関する欄 | 被保険者である甲()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、出産育児一時金の医療機関等への直接支払い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事。 | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 甲(被保険者) 住所 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 乙(医療機関等) 所在地 〒 — TEL () | | | | | | | | | |
| | 【お願い】 ・訂正箇所には訂正印を押印願います ・住所や名称はゴム印を押印願います | | | | | | | | | |
| | 受取代理人に対する振込先 ※ゆうちょ銀行不可 (医療機関記入) | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 支店名 種類 口座番号 フリガナ | | | | | | | | | |
| | 普通 当座 口座名義 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 証明欄主 | この請求が正しいことを証明します。 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で 事業所名 | | | | | | | | | |
| | 定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 事業主(代理人)名 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|------------|-------------|-----------------------------|----------|----------------------|-----|-------|-----------|
| 健保組合記入欄 | 資格取得日 | 昭・平・令 年 月 日 | 任意継続 | 令和 年 月 日 | 取得 | 家 | 扶養認定日 | 平・令 年 月 日 |
| | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 | 1300- | 令和 年 月 日 | 喪失 | 族 | 退職日 | 平・令 年 月 日 |
| | 出産日 | 令和 年 月 日 | 産科医療保障制度加入 (在胎22週以後) 有 無 | | 500,000円 488,000円 | × 児 | 合計金額 | 円 |
| | 生産(児)死産(児) | 被保険者 家族 | 受付通知 | 支払額 | 代理人 | 円 | 受付NO | |
| | 備考 | | 請求報告 | 被保険者 | | 円 | 受付年月日 | |