

款

項

目

支 給 額

円

常務理事

事務長

主 任

事 務

事 務

担当者

被保険者
アンリツ健康保険組合御中

被保険者
家 族

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

所在地

〒

一

TEL

()

添付書類

「母子手帳の表紙」と「出産予定日を確認できるページ」の写し

被扶養者氏名

生年月日

昭・平 年 月 日

続柄

被扶養者が出産する場合

被扶養者が加入していた健康保険等の内容

保険者名

健康保険組合
全国健康保険協会
国民健康保険

記号

番号

加入日

昭・平・令 年 月 日

脱退日

令和 年 月 日

所在地

TEL

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

一

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(退職予定者)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

☐普通
☐当座

口座名義

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
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こと。
令和 年 月 日
甲(被保険者) 住 所
氏 名
乙(医療機関等) 所在地 〒 一 TEL ()
名 称

【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
業
主
欄

この請求が正しいことを証明します。 令和 年 月 日

事業所名

委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で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

家族

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

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