

被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

① 被 保 險 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の 記号・番号と氏名	記号-番号	-	氏名	Ⓧ			
	被保険者の 生年月日	年	月	日	事業所 の名称			
	出産予定年月日	年	月	日	出産予定数	単胎 / 多胎 (児)		
	扶養者の出産で あるときはその 氏名・生年月日	氏名			生年月日	年	月 日	
	出 産 予 定	医療施設等 の名称						
		医療施設等 の所在地	〒					
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6ヵ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について							
	健保等の名称					記号-番号	-	
	被扶養者(家族)が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産予定の場合で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険について							
	健保等の名称					記号-番号	-	
被 保 險 者 口 座 (差 額 が 生 じ た 場 合) ゆうちょ銀行不可				銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所			
	普通・口座	口座 番号			フリガナ			
口座名義								

受 取 代 理 人 の 欄	甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)、それぞれ記入・捺印してください。							
	② ユアサ健康保険組合 御中							
	年 月 日							
	甲()は、医療機関等である乙()を 代理人と定め、次の権限を委任する。 また、甲は出産育児一時金の医療機関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。 ※出産育児一時金の支給額を上限とする。							
	③ 甲 (被 保 險 者)	住所	〒			TEL		
氏名								Ⓧ
④ 乙 (医 療 機 関 等)	住所	〒			TEL			
	名称							Ⓧ
	受 取 代 理 人 の 金 融 機 関				銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通・口座	口座 番号
		フリガナ						
口座名義								

①②③は被保険者(申請者)が、④は医療機関等が記入・捺印してください。
提出ルート: 被保険者→医療機関等→被保険者→ユアサ健康保険組合
必要書類: 母子健康手帳の氏名、出産予定日、通院記録のわかるページのコピー、
または、出産予定日の分かる書類のコピー