

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 険 者)	住所	〒 TEL					
		氏名	印					
	④ 乙 (医 療 機 関 等)	住所	〒 TEL					
		名称	印					
		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・当座	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