

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

令和 元 年 5 月 14 日申請

九州電力健康保険組合 理事長 殿

事業所名	すこやか株式会社	日中連絡がとれる電話番号	(092) 123-4567
被保険者証記号・番号	12 - 1234567	被保険者氏名	健保 太郎
住所	〒810-1234 福岡市中央区渡辺通12丁目34番56号		

出産等に関する欄	出産予定日	令和 元 年 6 月 22 日	出産児の予定数	単胎 ( ) 多胎 ( ) 児)		
	出産する医療機関名等	名称	〇〇産婦人科医院	電話番号	(092) 987-6543	
		住所	〒810-9999 福岡市〇〇区〇〇98丁目76番54号			
	本人の出産である場合 ※在職者、任継者は記入不要です	(当組合資格喪失後6ヶ月以内の出産による請求の場合は、現在加入している健康保険について記入ください)				
		保険者名称(健保名等)	被保険者氏名		被保険者証記号・番号	
		(医療機関等へのお産育児一時金等の支払金額が上限未満の場合、差額を支給しますので振込口座を記入ください)				
		金融機関名	支店名			
預金種別	1. 普通 2. ( )	口座番号	(カタカナで記入)			
家族の出産である場合	(カタカナ)氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 3 年 1 月 3 日
	(当組合扶養認定後6ヶ月以内の出産による請求の場合は、以前加入していた健康保険について記入ください)					
	保険者名称(健保名等)	加入時の氏名		被保険者証記号・番号		

※網掛け部分は該当する場合のみ記入してください。

受取代理人に関する欄	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 元 年 5 月 11 日					
	甲(被保険者)の住所	福岡市中央区渡辺通12丁目34番56号				
	氏名	健保 太郎				
	★乙(代理人)の住所	福岡市〇〇区〇〇98丁目76番54号				
	医療機関名	〇〇産婦人科医院				
氏名	〇〇 〇〇					
★受取代理人に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	△△ 銀行		支店名	□□ 支店		
預金種別	1. 普通 2. ( )	口座番号	9 9 9 9 9 9 9	口座名義	(カタカナで記入) 〇〇〇サンフジカイン 〇〇〇 〇〇〇	

医療機関が記入する箇所

【被保険者の方へ】 (申請には添付書類が必要です。必ず下の説明をお読みください。)

- ◎母子健康手帳の「出産者名が記載されているページ」及び「出産予定日が記載されているページ」の写しを添付してください。
- ◎受取代理人に関する欄の甲欄への記入が必要です。
- ◎「★印」は出産する医療機関等に記入を依頼してください。

【医療機関の方へ】

- ◎受取代理人に関する欄の乙欄への記入及び支払金融機関の欄への記入が必要です。
- ◎受取代理払いの受付については、当組合にてこの申請書を受領後、書面にてお知らせいたします。
- ◎当組合の出産費用の請求締切日は毎月20日、支払日は翌月21日(休日の場合は前営業日)となります。

