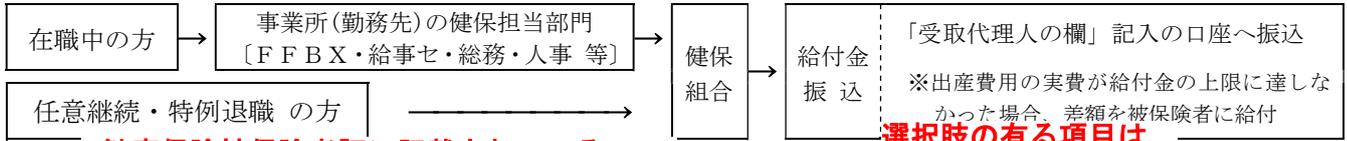


事業所担当者 確認印	金額		支給決定伺				
	円		令和 年 月 日				
←任継・特退 の加入者は 押印不要	内 訳	代理人	円	常務理事	事務長	GL	担当者
		被保険者	円				

《申請書の流れ》



富 健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください  
 選択肢の有る項目は、該当を○で囲んでください

家族 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		提出日	2019年 1 月 5 日		
	記号	7 6	番号	5 4 3 2 1		
	被保険者の 住所・電話番号		〒 3 3 1 - 1 2 3 4		電話: 0 4 8 ( 6 6 * ) 2 1 1 *	
	住 所		埼玉県さいたま市 東区本町 4 - 3 2 - 1			
	出産する方	氏名: 健 保 康 美 (1986年 8 月 7 日 生)		出産予定日 及び 胎児数	2019 年 2 月 5 日 ○ 単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )	
	被扶養者認定後 6ヶ月以内に出産 の場合、認定前に 加入していた健保 *他健保への二重請求 はできません。	前健保 加入期間	(入社年月日)		(退職年月日)	
		加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入			
		当時の 健康保険証	記号	改姓した場合、当時の氏名		
	番号					
	出産予定の 医療機関等	名称	東足柄ウィメンズクリニック			
所在地		〒 2 5 0 - 1 2 3 4 電話 0465 ( 7 3 ) 6920 神奈川県東足柄市富士見町 1 - 2 3				
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 (番号カード等の写し等)も添付してください。 備考欄 る場合は「簡易書留」で送付してください。						
受取代理人の欄の、「申請者」「医療機関」「甲(被保険者) 住所、氏名」「年月日」は、 ご本人が記入してください。 基づく給付金(差額)の受領を事業主へ委任いたします。						
状	※委任状: 特退・任継は記入不要		被保険者 氏 名 健 保 太 一 郎			

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付します。  
 ※市区町村から妊産婦の医療費助成(一部負担金の助成)を受  
 ※先に医療機関から申請書(受取代理用)が発行された場合、被  
 場合は、別に申請が必要です。  
 欄・委任状欄のみ記入し、2枚一緒に提出してください。

受 取 代 理 人 の 欄	申請者( 健 保 太 一 郎 ) (以下「甲」)は、医療機関等である(東足柄ウィメンズクリニック ) (以下「乙」)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は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。 (一児につき42万円を上限。但し、産科医療補償制度加入印が無い場合は40.4万円を上限とする) 2019 年 1 月 5 日 甲(被保険者) 住所 埼玉県さいたま市東区本町4-32-1 氏名 健 保 太 一 郎 乙(代理人) 住所 氏 氏						
	受取代理人 この欄は、医療機関へ記入を依頼してください。 場合は記入してください)						
	金融機関コード *	(受取代理人=出産予定の医療機関 です)				口座種別	
	金融機関名	健保からの「出産育児一時金」は、 代理人となった医療機関へ振込みます。				1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )	
口座番号	※出産費用の請求額が「出産育児一時金」支給額未満の場合、 差額は被保険者に支給します。						
※出産費用請求報告書(添付書類)は、毎月15日締め翌月25日(休日の場合は前日)払いとなります。 *時効: 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。							