

支払年月日	令和	年	月	日	
医療機関等請求額				円	
支給金額	医療機関等				円
	被保険者				円

常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		

大太平洋金属健康保険組合 御中

被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)請求書(受取代理用)

(注意事項)  
 ※この請求書には、次の書類を添付してください。  
 ・母子健康手帳の出産予定日の2ヶ月前より受付けます。  
 ※申請書は、出産予定日の2ヶ月前より受付けます。  
 ※被保険者への振込が発生した場合は、事業所を通じて振込します。  
 ※出産育児一時金付加金については、資格喪失後の出産の場合は、支給されません。  
 ※被保険者等記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、①被保険者等記号・番号欄へ記載してください。

被 保 険 者 (申 請 者) が 産 予 定 入 居 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号				②事業所 の名称			
	③被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)			④被保険者の生年月日			
	⑤被保険者 (申請者)の 住所	郵便番号		(フリガナ)		都道 府県		
	⑥出産予定日・ 胎児数	令和 年 月 日			単胎・多胎 ( 児)			
	⑦被保険者 (本人) (資格喪失者の み)	当健保組合資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について						
		健保等の名称		被保険者氏名		記号・番号		
		氏(フリガナ)		続 柄		生年月日		
		名		昭和 平成		年 月 日		
	⑧被扶養者 (家族)	当健保組合加入6ヶ月以内に出産した場合、以前加入していた健康保険について						
		健保等の名称		本人・家族の別		記号・番号		加入時の氏名
			本人・家族					
⑨出産予定 医療機関等	名称							
	所在地							
⑩振込希望口座 (資格喪失者のみ)	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所							
	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号			口座 名義	(カタカナで記入)	

受 取 代 理 人 の 欄	申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (以下「乙」という。)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※の受領に関する事。 ※(家族)出産育児一時金・(家族)出産育児一時金付加金についてをいいます。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 甲(被保険者) 住所 〒 氏名 乙(代理人) 所在地 〒 名称 電話番号 ( )							
	受取代理人に 対する支払金 融機関の欄	銀行 店・本店 金庫 支店・出張所						
	預金 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号			口座 名義	(カタカナで記入)	

(備考欄)