

(様式1)

支払年月日	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」がわかるページの写真
 ※申請書は、出産予定日の2ヶ月前より受付します。
 ※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。
 ※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、①「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。
 (マイナンバー)を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。

被 保 険 者 (申 請 者) が 産 予 定 入 居 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・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	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			
	⑧被扶養者(家族)	氏名		(フリガナ)		続柄		生年月日	
		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							
	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	口座番号	口座名義		(カタカナで記入)			

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※の受領に関すること。 ※(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。 年 月 日 甲(被保険者) 住所 〒 氏名 (印) 乙(代理人) 所在地 〒 名称 (印) 電話番号 ()							
	受取代理人に対する支払金融機関の欄		預金種別		1. 普通	口座番号	口座名義	

受付年月日

(備考欄)

(TK201906)