

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用) 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	氏名
	住所	TEL		
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産予定の医療機関等	名称
	添付書類	「母子手帳の表紙」と「出産予定日を確認できるページ」の写し	所在地	〒 - TEL ()
	被扶養者氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	続柄
	被扶養者が出産する場合	被扶養者が加入していた健康保険等の内容	保険者名	健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険
		所在地	加入日	昭・平・令 年 月 日
		TEL	脱退日	令和 年 月 日
	被保険者が退職後出産する場合	現在加入の保険について	保険者名	健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険
	所在地	記号・番号	-	
	被保険者名	資格取得日	平・令 年 月 日	
		扶養認定日	令和 年 月 日	
退職者記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可			
	金融機関名	支店名	種類	口座番号
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
				口座名義
	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、備考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が必要です)			
	備考欄			

受 取 代 理 に 関 す る 欄	被保険者である甲()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、出産育児一時金の医療機関等への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こと。			
	令和 年 月 日	甲(被保険者)	住所	氏名
	乙(医療機関等)	所在地	〒 - TEL ()	
		名称	【お願い】 ・訂正箇所には訂正印を押印願います ・住所や名称はゴム印を押印願います	
	受取代理人に対する振込先 ※ゆうちょ銀行不可(医療機関記入)			
	金融機関名	支店名	種類	口座番号
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
				口座名義

証 明 業 主	この請求が正しいことを証明します。 令和 年 月 日			
	委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で	事業所名	事業主(代理人)名	
	定められた方法で受領し、請求者へ支給します。			

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	任意継続	令和 年 月 日取得	家族	扶養認定日	平・令 年 月 日	
	資格喪失日	令和 年 月 日	1300-	令和 年 月 日喪失		退職日	平・令 年 月 日	
	出産日	令和 年 月 日	産科医療保障制度加入(在胎22週以後)有無	500,000円 488,000円	× 児	合計金額	円	
	生産(児)死産(児)	被保険者家族	受付通知	支払額	代理人	円	受付NO	
備考		請求報告		被保険者	円	受付年月日		