

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

国会議員秘書健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の 氏名						
	被保険者の住所 および TEL	〒							(TEL)
	事業所名称	衆議院・参議院							
	出産予定日	年	月	日	出産児の 予定数	単胎・多胎(児)			
	被扶養者(家族)が 出産する場合	氏名			生年 月 日				
					昭和 平成	年 月 日生			
	出産予定の 医療機関等	名称							
		所在地	〒						
	被保険者に対する支払金融機関の欄								
	銀行		支店		普通				
該 当 者 は 記 入 し て く だ さ い。	被保険者が資格喪失後6か月以内に出産予定のとき・・・現在加入している健康保険についてご記入ください。 家族が当健保組合に加入して6か月以内に出産予定のとき・・・以前、家族が加入していた健康保険についてご記入ください。								
	健康保険組合等 の名称・TEL								(TEL)
	被保険者証の 記号・番号				被保険者氏名				
	他の保険組合等から出産育児一時金は受領しません。				署名 (被保険者)				

受 取 代 理 人 の 欄	<p>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。</p> <p>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。 ※出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金に係る付加金を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 甲(被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">住所 乙(代理人) 氏名</p>								
	受取代理人に対する支払金融機関の欄								
	銀行		支店		普通 当座				
	(フリガナ) 口座名義								

(注意事項)

- *受取代理の申請の対象者は、被保険者であって、出産育児一時金等の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2か月以内の方、又は出産予定日まで2か月以内の被扶養者を有する方です。
- *出産予定日を証明する書類を添付してください。
- *受取代理人である医療機関等以外で出産することになった場合は、すみやかに当健保組合までご連絡ください。