

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 の 記 号 ・ 番 号	—	被 保 険 者 の 氏 名								
	被 保 険 者 の 住 所 お よ び T E L	〒 (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 年 月 日 生 平 成							
	出 産 予 定 の 医 療 機 関 等	名 称									
		所 在 地	〒	(TEL)							
	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 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	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。 ※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。 年 月 日 住 所 甲（被保険者） 氏 名 住 所 乙（代理人） 氏 名									
	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。