受取代理用

記入例

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	①被保険者（であった方）の記号・番号	②被保険者（申請者）の氏名	
	100 ー 1	健保 一朗	
	③ 被保険者（申請者）の住所・電話番号	〒 451-0000 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1 △△マンション***号室	電話 052-000-0000
	④ 事業所の名称	トーテックアメニティ株式会社	
	⑤ 出産予定日・出産児数	令和2年7月1日	単胎・多胎（ 児）
	③ 出産予定医療機関	名称	名称 名古屋病院
		所在地	所在地 〒 460-0000 愛知県名古屋市中区〇町5-5
	⑪ 被保険者の出産の場合 ①	当健康保険組合資格喪失後６カ月以内の出産で請求する場合、現在加入している健康保険について	
		保険者の名称	健康保険組合・協会けんぽ・国保
		被保険者氏名	
		保険証記号・番号	
	⑪家族(被扶養者)の出産の場合 ②	氏名	健保 花子
		生年月日	平成2年6月25日
		当健康保険組合加入から６カ月以内に出産する場合、以前加入していた健康保険について	
		保険者の名称	〇〇 健康保険組合・協会けんぽ・国保
		加入時の氏名	健保花子
		保険証記号・番号	1-1123
③ 委任状	請求金額の受領を下記の者に委任します。 令和 2年 7月 1日 委任された者の 事業所所在地 愛知県名古屋市西区 事業所名称 トーテックアメニティ株式会社 代表者氏名 〇〇 被保険者氏名 健保 一朗		

受取代理人の欄	甲（ 健保 一朗 ）は、医療機関等である乙（ 名古屋病院 ）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。 甲が請求する上記にかか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等に係る付加給付を行う場合には、付加給付相当額を含む）を上限とする。 令和 2年 7月 1日 甲（被保険者） 住所 〒 451-0000 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1 △△マンション***号 氏名 健保 一朗 乙（代理人） 住所 〒 460-0000 愛知県名古屋市中区〇町5-5 名称 名古屋病院 電話 052-＊00-＊000					
	受取代理人に対する支払金融機関	〇〇 銀行・金庫・信組 名古屋 店・本店・支店・出張所		口座種別	普通・当座	
		口座番号	12346	口座名義	（フリガナ）〇〇ビョウイン 名古屋病院	

備考欄	

【注意事項】④

・この用紙は、出産予定日の二カ月前から出産日までの間に当健康保険組合へ提出してください。（在職中の方は事業所経由）

・申請した医療機関以外で出産することになった、または申請後出産日までに退職したときは、当健康保険組合へご連絡をお願いします。

・出産予定の医療機関が受取代理制度対象医療機関でない場合は、申請書を返戻させていただきますので、申請時にご確認をお願いします。

①当組合の被保険者資格を喪失してから６カ月以内の出産による請求である場合、現在加入中の健康保険組合等を記入。

②当組合の被扶養者の資格を取得してから、６カ月以内の出産である場合、以前加入していた健康保険組合等を記入。

③「甲」は被保険者（申請者）、「乙」は代理人（医療機関等）、それぞれ記入・捺印。

④申請者は、出産予定日の２カ月前から出産日までの間に、健康保険組合へ提出。（在職中の方は事業所経由）

トーテックグループ健康保険組合