

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号				
	被保険者 (申請者)	氏名	(フリガナ)				
		住所	〒 (フリガナ)				
		生年月日	年	月	日	電話(日中の連絡先) ()	
	出産予定日	年	月	日	出産予定数	単・多 (胎)	
	出産予定者 <small>※出産予定者が被保険者の場合は記入不要です</small>	氏名	(フリガナ)				
		生年月日	年	月	日		
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)				
		所在地	〒 (フリガナ)				
	申請者に対する 支払金融機関	金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所		
口座名義		(フリガナ)	預金種別 普通 当座	支店番号	口座番号		
<p>出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険または船員保険の資格を既に喪失している方で、以下の①または②に該当する場合は記載をお願いします。</p> <p>※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</p>							
①出産予定者が、東京金属事業健康保険組合の被保険者資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している現在の保険者名等を右記欄に記入してください。			保 険 者 名				
			保 険 者 の 連 絡 先				
②出産予定者が、東京金属事業健康保険組合の被扶養者認定後6か月以内に出産することによる申請である場合、被扶養者認定前に被保険者として加入していた保険者名等を右記欄に記入してください。			記 号 ・ 番 号				
			被 保 険 者 氏 名				
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。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。</p> <p>※ 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給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。</p>						
	令和 年 月 日						
	甲の住所						
	氏名						
	乙の所在地						
名称							
電話 ()							
受取代理人に対する 支払金融機関	金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所			
	口座名義	(フリガナ)	預金種別 普通 当座	支店番号	口座番号		

(備考欄)

東京金属事業健康保険組合