

支給決定額		支給決定日				給付記録 入力済印
		平成	年	月	日	
医療機関	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
被保険者	円					

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証	記号	番号	②事業所の名称		
	③被保険者 (請求者)	氏名	(フリガナ) 印			
		住所	(フリガナ) 電話 ( )			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	④出産予定日・数	平成		年	月	日 単・多(胎)
	⑤被扶養者が出産する ための請求であるとき はその者	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	⑥出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	(フリガナ) 電話 ( )			
	⑦申請者に対する 支払金融機関 (注)	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ) 銀行 信組・信金 店・本店
⑧被保険者の分娩が資格喪失後、6か月以内に 出産することによる申請である場合、現在の 保険者名と記号・番号	保険者名	電話 ( )				
	記号	番号				
⑨家族の分娩が被扶養者認定後、6か月以内に 出産することによる申請である場合は、その 家族の以前の保険者名と記号・番号	保険者名	電話 ( )				
	記号	番号				

事 業 所 の 受 領 代 理 人	私は本請求にもとづく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 年 月 日				
	被保険者の住所 (請求者)		氏名 印		
	事業主の名称・所在地 (又は代理人)		氏名 印 電話 ( )		

受 取 代 理 人 ( 医 療 機 関 ) 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*の受領に関する事 ※ 出産育児一時金等の支給額(被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、付加相当額を含む)を上限とする。				
	平成 年 月 日				
	甲の住所		氏名 印		
	乙の所在地		名称 印 電話 ( )		
受取代理人に 対する支払金融 機関	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ) 銀行 信組・信金 店・本店
					医療機関番号 <input type="text"/>

\* この請求書による出産育児一時金(受取代理用)の申請は、出産予定日の2ヶ月以内に提出してください。  
 \* 医療機関からの請求額が42万円以上(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円以上)の場合、  
 医療機関に42万円(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円)を支払います。  
 \* 医療機関からの請求額が42万円未満(産科医療補償制度対象外の場合は40万4千円未満)の場合、医療機関に請求額を支払い、  
 差額は被保険者(事業主又は代理人)にお支払します。  
 \* この請求書の医療機関以外で出産することになった場合、速やかに当組合までご連絡ください。  
 (注)資格喪失後の分娩に関する申請の時のみ記入してください。