

常務理事	事務長	担当者

日鉄物産健康保険組合理事長 殿

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

										年 月 日		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記 号 ・ 番 号		(記号)		(番号)		被保険者 氏 名		印			
	事業所の名称						生年月日		年 月 日			
	被保険者住所		〒 ー 電話 () ー									
	出産予定日・数		年 月 日 単 ・ 多 (胎)									
	出 産 予 定 者 ※被保険者と同一 の場合は不要		氏 名				生年月日		年 月 日			
	出 産 予 定 医 療 機 関 等		名 称									
			所在地		〒 ー							
	◎被保険者が資格喪失後6カ月以内に出産したための請求の場合は、以下の項目も記入してください。											
現在加入している 健康保険の名称		(電話)				被保険者 の記号番号		記 号			番 号	
被保険者名義の振込口座			銀行・信金 支店 普通・当座 No.									
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者() (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を上限とする。 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		銀行・信金・信組 店・本店・支店・出張所									
			預金 種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()		口座 番号			口座 名義	(フリガナ)		
備 考											受 付 印	