

常務理事	事務長	担当者	支給決定額			
			支給額		¥	万 千 百 十 円
分娩の年月日	令和 年 月 日		備考	分娩機関宛振込額		
被保険者の資格	年 月 日 取得・喪失			被保険者宛振込額		
扶養者認定の有無	有(年 月 日) ・ 無			支給年月 . .		
産科医療補償制度加入	有(領収明細の所定印) ・ 無					

三井化学健康保険組合 御中

令和 年 月 日 申込

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

(これは直接支払制度ではなく受取代理制度を利用する方の書式です)

- ※ 出産予定日の2ヶ月前～出産日までに健保へ提出してください
- ※ 受取代理制度導入分娩機関で出産する場合には限られます

事業所名		
保険証	記号	番号
氏名		Ⓜ

申請者記入欄	分娩予定者 (* 被保険者・配偶者他)	分娩の予定年月日	分娩の予定数
	氏名 続柄	令和 年 月 日	単 ・ 多 (胎)
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生		
	* 該当○印 ①. 在職者の場合、事業所に振り込みます。(口座記入不要) ②. 任意継続被保険者及び資格喪失後の申請の場合は必ず振込先を記入ください。		
振込先	銀行	フリガナ 銀行	支店コード* 支店 []
	口座番号	普通当座	フリガナ 名義
	被保険者住所・電話	〒 TEL	
分娩予定者(被扶養者)が扶養認定後6ヶ月以内に出産する場合 } のみ記入ください 分娩予定者(被保険者)が退職後6ヶ月以内に出産する場合 } (被扶養者が以前加入していた) 名称: (被保険者が現在加入している) TEL: 健保組合の名称と連絡先 上記の健保より出産育児一時金を 受けない ・ 受ける (*該当○印) ※上記健保組合へ一時金請求がされていない事を確認することがありますがご了承ください。			

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という)は、() (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。		
	令和 年 月 日 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする		
	甲の住所		TEL:
甲の氏名	Ⓜ		
乙の所在地		TEL:	
乙の名称	Ⓜ		
乙の振込先	銀行	フリガナ 銀行	支店コード* 支店 []
	口座番号	普通当座	フリガナ 名義
	名義		