

被保険者 家族 育児一時金等請求書 (受取代理用)

被保険者 (請求者) が記入する欄 【出産前事前記入欄】	被保険者証の記号・番号		被保険者 (請求者) 氏名	Ⓜ		
	被保険者 (請求者) の住所	〒 () TEL () -				
	事業所所在地 事業所名称					
	(被扶養者の出産を請求する場合) 対象被扶養者	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	出産予定日	令和 年 月 日	被保険者と出生児の続柄			
	出産予定 医療機関	名称				
		所在地	〒 ()			
電話番号		() -				
被扶養者が分娩予定日以前6ヶ月以内に勤務したことの有無	無・有 (右へ記入)	(有の場合) 直近に在職していた勤務事業所 保険者	事業所名			
			電話番号	() -		
			保険者名			
			記号番号	-		

受取代理に関する欄 【出産後使用欄】	甲 () は、医療機関等である乙 () を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 (上限50万円) の受領に関する事。				
	令和 年 月 日				
	甲 (被保険者) の住所 _____				
	氏名 _____ Ⓜ				
	乙 (代理人) の住所 _____				
氏名 _____ Ⓜ					
TEL () -					
受取代理人に対する支払金融機関の欄					
金融機関名		支店名 (店番)	口座番号	口座名義人氏名	
銀行	本店	普通・当座	フリガナ		
信用金庫	支店		氏名		
信用農協	出張所				

<被保険者 (請求者) 出産前事前提出添付書類>

- ・母子健康手帳、その他出産予定日を証明する書類

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印