

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (受取代理用)

被保険者(申請者)・受取代理人 記入用

被保険者(申請者)情報
被保険者証の 記号 番号
事業所 会社名称 所属部署 従業員番号
氏名・印 (フリガナ) 確認欄
生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 電話番号 (日中の連絡先)
住所 (〒 - ) 都道府県

申請内容
1 出産予定者 □被保険者 □家族(被扶養者)
家族の場合はその方の 氏名 生年月日
2 出産予定日・数 □平成 □令和 年 月 日 □単胎 □多胎(胎)
3 出産予定医療機関等 名称 所在地
4 出産予定者が出産予定日から
●被保険者 → 退職後6カ月以内の出産ですか。
●家族 → 当組合に加入後6カ月
4-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。
4-② 同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を

受取方法
申請者に対する支給がある場合
1 在籍者の方 → 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任します。
2 任意継続の方 → 登録口座へ振込みます。
3 資格喪失者の方 → 振込先指定口座へ振込みます。
振込先指定口座
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 本所 支所
その他( ) 出張所
預金種別 □普通 □当座
口座番号
口座名義

受取代理人欄
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。
甲の住所
氏名
乙の所在地
名称
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 本所 支所
その他( ) 出張所
預金種別 □普通 □通知 □当座
□貯蓄 □別段
口座番号 (フリガナ)
口座名義

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)
受付日付印 支払日付印
日野自動車健康保険組合 R2.7改訂