

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 1 2 * * 番号 * * * * *
事業所 会社名称 ○○○○(株) 所属部署 ○○工場 ○○部
氏名・印 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康太郎
生年月日 昭和 平成 令和 1 年 10 月 10 日 電話番号 (日中の連絡先) 042 (* * *) * * * *
住所 (〒191-****) 東京都(都)道府県 日野市○○1-1△△マンション101

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 健康 花子 生年月日 昭和 平成 2 年 2 月 2 日 令和
2 出産予定日・数 平成 令和 2 年 1 月 1 日 単胎 多胎()胎
3 出産予定医療機関等 名称 ○○総合病院 所在地 〒191-**** 東京都日野市△△2-2
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。 はい いいえ
●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。 保険者名 □□健康保険組合
●被保険者 → 現在加入している保険者について
●家族 → 当組合に加入していた保険者について 記号・番号 * * * * * - * * * * *
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 受けた/受ける予定 受けない

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。※(事業主経由で登録口座へ振込みます。)
 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。
3を選択した方のみ記入
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 其他() 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
「受取代理人」に依頼してください。
(以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)は、医療機関等である()
甲の住所 氏名 乙の所在地 名称
令和 年 月 日
印 電話 ()
受取代理人に対する支払金融機関 金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本所 支所 其他() 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