

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書(受取代理用)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

提出日 年 月 日

申請者（被保険者）が記入するところ	被保険者等の記号・番号					被保険者の氏名	(フリガナ)						
	被保険者の生年月日					被保険者の住所							
	年 月 日					〒							
						電話 ()							
	出産予定日	年 月 日											
	出産予定者	(フリガナ)			出産予定者の生年月日	年 月 日							
	※申請者と同一の場合は記載不要												
	現在勤務する事業所	名 称	黒崎播磨株式会社										
		所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町 1 番 1 号										
受取代理人の欄	出産予定医療機関	名 称	(フリガナ)										
		所在地	〒										
	☆申請者または出産予定者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。												
	●	申請者本人の退職等により、資格喪失後6ヶ月以内の出産により申請する場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名		保険証記号・番号								
		申請者本人の家族が被扶養者認定後6ヶ月以内の出産による申請の場合、被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名		保険証記号・番号								
	資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求される方の一時金の振込希望口座（請求者の口座）	(銀行コード)	(支店コード)			口座番号							
		銀行	金庫	支店	普通当座								
		農協											
		口座名（カタカナで記入）											
	上記のとおり申請します。												
	年 月 日			被保険者住所									
	黒崎播磨健康保険組合 御中			被保険者氏名									
受取代理人の欄	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。また、甲は出産育児一時金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しては、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						電話 () -						
	乙の所在地												
	名称						電話 () -						
	受取代理人に対する支払金融機関	(銀行コード)	(支店コード)			口座番号							
		銀行	金庫	支店	普通当座								
		農協											
	口座名（カタカナで記入）												

黒崎播磨健康保険組合(212) 2024.12

※ 出産予定の医療機関等にて受取代理人の欄へ証明を受け母子健康手帳(写)もしくは出産予定日を証明する書類を添付して下さい。

健保記入欄	支給決定額	円
-------	-------	---

受付印