健康保険　被保険者 被扶養者　出産育児一時金請求書

（受取代理用）

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。　（任意継続は除く）

被保険者が記入するところ

被保険者証等記号と番号	記号　○○ 番号　○○○○○	被保険者氏名	健　保　　太　郎
事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社　　○○○駅		
被保険者の郵便番号と現住所	〒　○○○－○○○○ ○○市○○○区○○○丁目○－○○ TEL（　○○○）　○○○－○○○○		
出産予定者 ※ 被保険者（本人）の場合は記入不要	氏名　(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケン　ポ　　ハナ　コ 健　保　花　子	昭和・平成　△△年△△月△△日	
出産予定数	単胎・多胎（　　児）	出産予定日	令和　2年2月2日
出産予定医療機関等	名称　○○○産婦人科 所在地　〒　○○○－○○○○ ○○市○○○区○○丁目○○番地		
任意継続及び退職者は振込を希望する金融機関名と預金口座番号 （代理人に支払われる支給額が上限未満の場合、申請者に支払われます。）	金融機関名（郵便局は除く） 口座名義人（カタカナ）	支店名 普・当　口座番号	

受取代理人の欄

申請者（　健　保　太　郎　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　○○○産婦人科　）（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。

※　出産育児一時金等の支給額を上限とする。

令和　2年　1月　23日

甲（被保険者）　住所　○○市○○○区○○○丁目○－○○

氏名　健　保　太　郎

乙（代理人）　住所　○○市○○○区○○丁目○○番地

名称　○○○産婦人科　　電話（　○○○）○○○○－○○○○

太枠内の青色文字は病院が記入します。

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関名（郵便局は除く） 口座名義人（カタカナ）	支店名 普・当　口座番号	

備考欄	

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

本件支給決定してよろしいか			被保険者 家　族	出産育児一時金	医療機関等 ¥　　支給 被保険者
常務理事	事務長	係			