

健康 保険 組合 記入 欄	受付年月日	常務理事	事務長	管理M	給付M	担当者	
	対象者区分	本人・家族		被保険者資格取得日	昭平令	年	月 日
	対象者資格取得日	昭平令	年	月 日	対象者資格喪失日	平	年 月 日
	支給決定額	医療機関払い			円	事業所委任払い	

ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿

健康保険 出産育児一時金支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③被保険者証 記号番号	記号	番号			④被保険者氏名	
	⑤出産予定日	令和	年	月	日	⑥連絡先電話番号	
	⑦出産予定者 氏名				⑧被保険者 との続柄	⑨出産予 定児数	単胎・多胎 ( 児)
	⑩委任状 退職者も必ず署名 すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名					
	⑪退職者 振込先口座	金融機関名		支店		預金種別	口座番号
						普通・当座	
		口座名義 (カタカナ)					
		⑫被扶養者 (家族) が出産する場合 被扶養者認定日以後 6 か月以内の出産予定の場合は記入				⑬被保険者が (本人) が資格喪失後に出産する場合	
	以前加入の 健康保険名				現在加入の 健康保険名		
	記号番号				記号番号		

受 取 代 理 に 関 す る 欄	<p>甲 (被保険者) 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。 また、甲は、出産育児一時金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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額<sup>*</sup>の受領に関する事。 ※産科医療保障制度加入医療機関：一児につき上限 500,000 円 ※産科医療保障制度未加入医療機関：一児につき上限 488,000 円</p>						
	令和 年 月 日						
	<p>甲 (被保険者) 住所 氏名 (代理人の所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)</p> <p>乙 (代理人) 所在地 医療機関名 代表者 電話番号</p>						
	受取代理人の 振込先	金融機関名		支店		預金種別	口座番号
					普通・当座		
	口座名義 (カタカナ)						

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。) 令和 年 月 日						
	事業主 所在地						
	名称 氏名 電話番号						