

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		働 年 月 日
	支 給 決 定 額		医 療 機 関 払 い 円			事業所委任払い 円		

ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿

(任意継続・退職者用) 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)						
	入 欄	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	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[※]の受領に関すること。 ※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							
	令和 年 月 日							
	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。)							
	乙 (代理人) 所在地 医療機関名 代表者 電話番号							
	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)								