

# 健康保険 本人家族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

出産される方が、被保険者本人(女性)か、ご家族かに〇印をつけてください。

申請者(被保険者)	被保険者証の記号番号	記号番号	61 - 100001	被保険者の氏名と印	山葉 太郎 (山葉) 印
	生年月日	昭和		フリガナ	イワタシ ミツケ
	事業所の名称及び課係名・電話番号	事業所名	ヤマハ発動機㈱	メールNo.	01
		課係名	生産1課	電話 (0538) 32 - 1118	
記入欄	出産予定者(被保険者本人の場合は記入不要)	氏名	山葉 花子	生年月日	昭和 60年 12月 24日
	出産予定日・数	平成 29年 5月 5日	(単)・多(胎)		
	出産予定の医療機関等の名称及び住所・電話番号	名称	磐田市立総合病院	所在地	〒 - 〇〇〇〇〇
		所在地		電話 ( ) -	
受取代理に関する欄	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を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。				
	申請者本人がヤマハ健康保険組合の被保険者資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と住所及び保険証の記号・番号	保険者名		住所	
		記号		番号	
	申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請の場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と住所及び保険証の記号・番号	保険者名	〇〇〇健康保険組合	住所	浜松市中区〇〇-〇〇
	記号	101	番号	54321	

被保険者 甲( 山葉 太郎 )は、医療機関等である 乙( 磐田市立総合病院 )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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(1児につき上限42万円)の受領に関すること。(但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は、1児につき上限40万4千円。)

平成 29年 2月 1日

甲(被保険者)の 住所 〒 438 - 1234 磐田市見付1-1

氏名 山葉 太郎 (山葉) 印

乙(代理人)の 住所 〒 -

氏名 ( ) 印

電話 ( ) -

受取代理人に対する支払金融機関の欄		
金融機関名	支店名	フリガナ 名義人名
預金種別	口座番号	
普通・当座		

被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

出産予定日、胎児の数を記入してください。

出産される方が被保険者本人(女性)であり、左記に該当する場合に記入してください。

出産される方がご家族(女性)であり、左記に該当する場合に記入してください。

出産予定の医療機関等で記入してもらってください。

(備考欄)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

●この申請書の2枚目と一緒に医療機関へご提出下さい。