

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				事業所の名称					
	生	年	月	日		昭・平	年	月	日	
	被保険者(請求者)の氏名									
	被保険者(請求者)の住所									
	電話番号		自宅			携帯				
	勤務先									
	被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の		氏名		生年月日		被扶養者認定日			
					昭・平		年		月	日
	出産予定日・出生児の数		令和		年		月		日	
							単胎・多胎(		児)	
出産予定医療機関等の		名称								
		所在地								
被保険者又は被扶養者が出産予定日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下の記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。 ● 被保険者が退職等により、当組合の資格喪失後6ヶ月以内に請求する場合は、資格喪失後に加入している ● 被扶養者が当健康保険組合の認定日から6ヶ月以内の出産の場合は、被保険者認定前に加入していた										
組 合 健 康 保 険 の 險	所在地					保 険 者 証 の	記号番号			
	名称						被保険者氏名			
	電話番号						加入期間	自	年	月
被保険者に対する支払金融機関の欄										
銀行		本店		預金種別	口座番号	フリガナ				
金庫		支店		普通 当座 その他		名義				
被保険者( ) (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。 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※1の受領に関する事。 ※1 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所 〒 氏名										
受 取 代 理 人 の 欄	乙(代理人)の住所 〒 電話 氏名									
	受取代理人に対する支払金融機関の欄									
	銀行		本店		預金種別		口座番号			
	金庫		支店		普通・当座・その他					
	フリガナ							産科医療補償制度に加入して		
名義							いる・いない			

(1) 次のいずれかに該当し、出産育児一時金(被保険者・家族)の支給が見込まれ、出産予定日まで2ヶ月以内の方が出産予定の医療機関等で事前に受取代理の同意を得ることが条件。

- 三陽健保加入中に出産される被保険者(任意継続被保険者含む)
- 三陽健保加入中に出産される被扶養者(任意継続被保険者の被扶養者含む)
- 被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間を除く)あり資格喪失後6ヶ月以内に出産される被保険者

(2) 出産予定日を証明する母子健康手帳の写(氏名、出産予定日及び妊娠週数等のわかる医療機関の記入がある部分)又は医療機関等の証明書を添付すること。

注意事項 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。