

(様式1)

(被保険者→健康保険組合)

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	¥ 円

決定	令和 年 月 日
常務理事	事務長 担当者

(受取代理・事前申請用)

被保険者  
家族

# 出産育児一時金 申請書

令和 年 月 日

日本化薬健康保険組合理事長 殿

被保険者(請求者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	①	フリガナ
				被保険者(請求者)の氏名・生年月日と印	昭・平・令 年 月 日生
	被保険者(請求者)の住所・電話番号	フリガナ	電話 ( )		
	事業所の名称・住所・電話番号	名称	所在地	電話 ( )	
	被扶養者が出産するときは、その者の氏名、生年月日	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生
	出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多(胎)			
	出産予定の医療機関等の名称および住所・電話番号	名称	所在地	電話 ( )	
資格喪失後に出産予定の場合は、新しい被保険者証の保険者名及び記号・番号 または被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産予定の場合は、扶養認定前に加入していた被保険者証の保険者及び記号・番号				保険者名	記号・番号

委任状	出産育児一時金と受取代理支払額に差額が生じた場合 差額金額の受領を _____ に委任します 被保険者氏名
-----	---

受取代理人の欄	申請者( ) (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。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※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 令和 年 月 日 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 電話 ( )				
	受取代理人に対する支払金融機関	金融機関	銀行 金融 信金	店・本店 支店・出張所	
		預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知 5. 貯蓄	口座番号	口座名義 (フリガナ)

(備考欄)