

(様式1)

(あて先) 埼玉機械工業健康保険組合

出産育児一時金・家族出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

申請者 (被保険者) が記入 するところ	被保険者証	記号	999		番号	999							
	申請者(被保険者、 世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・ 船員保険の場合は被保険 者、国民健康保険の場合 は世帯主又は組合員となり ます。	氏名	(フリガナ) サイキ ハナコ 埼玉 花子										
		住所	〒 330-××××(フリガナ) サイタマシオオミヤクサクラギチヨウ さいたま市大宮区桜木町〇-××-△ 電話 〇〇〇 (×××) ▽▽▽										
		生年月日	×××× 年 ×× 月 ×× 日										
	出産予定日・数	××××年 ××月 ××日 ①・多 (胎)											
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は 不要です。	氏名	(フリガナ) 同上										
		生年月日	年 月 日										
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) △△ビョウイン △△病院										
		所在地	〒 ×××-××××(フリガナ) 〇〇シ▽▽マチ 〇〇市▽▽町×-×××										
	申請者に対する 支払金融機 関	銀行 金融 信組 店・本店 支店・出張所 <table><tr><td>預金 種別</td><td>1: 普通 2: 当座 3: 別段</td><td>4: 通知 5: 貯蓄</td><td>口座 番号</td><td>口座 名義</td><td>(フリガナ)</td></tr></table>							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
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)								
申請者又は出産予定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、以下のいずれかに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ヶ月以内に出生された場合、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。													
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号				保険者名 記号 番号									
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号				保険者名 記号 番号									
受取代理人の欄	申請者(埼玉 花子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(△△病院)(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※の受領に関すること。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等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。 ××年 ××月 ××日 甲の住所 さいたま市大宮区桜木町〇-××-△ 氏名 埼玉 花子 乙の所在地 〇〇市▽▽町×-××× 名称 △△病院 院長×××												
	受取代理人に 対する支払金 融機関	△△△					銀行 金融 信組	〇〇〇 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	999	口座 名義	(フリガナ) △△ビョウイン インチョウ××× △△病院 院長×××					
(備考欄)													

☆申請者が記入するところ欄の「申請者に対する支払金融機関」は記入しないで、裏面の「委任状」にご記入下さい。

委任状	事業所名	〇〇株式会社
	表記の受取代理人の申請により支払った額の差額の受取を、私の勤務する事業所に委任します。	
	××年 ××月 ××日 被保険者氏名 崎機 花子	
	現在上記の事業所に勤務の方は、表の申請者印と同一の印を押して下さい。	
退職後等の申請の場合は、別途「給付金等振込送金依頼書」(個人用)を提出する場合があります。		