

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 | 記号 | 〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 | |
| | 被保険者 | 氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | |
| | | 住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ100 〇〇県〇〇市〇〇町100 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | |
| | | 生年月日 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| | 出産予定日・数 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (単)・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) ケンポ アイコ 健保 愛子 | | | |
| | | 生年月日 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| | 出産予定 医療機関等 | 名称 | (フリガナ) 〇〇ピョウイン 〇〇病院 | | | |
| | | 所在地 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ110 〇〇県〇〇市〇〇町110 | | | |
| | 申請者に対する 支払金融機関 | 銀行 金融 信組 | 〇〇 | 〇〇 | 店・本店 支店・出張所 | |
| 預金 種別 | | ①:普通 ④:通知 ②:当座 ⑤:貯蓄 ③:別段 | 口座 番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | 口座 名義 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 |
| 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条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か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。 | | | | | | |
| 申請者本人の退職等により、健康保険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か月以内に出産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() (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 | | | | | |
| | 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 | 銀行 金融 信組 | 〇〇 | | | | 店・本店 支店・出張所 |
| | 預金 種別 | 1:普通 ④:通知 2:当座 ⑤:貯蓄 3:別段 | 口座 番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | 口座 名義 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 |
| (備考欄) | | | | | | |

(様式2) 受取代理制度を申請した後、取り下げる場合に提出

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

コスモスイニシアグループ健康保険組合あて

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
氏名 健保 太郎
被保険者証 記号 〇〇〇
番号 〇〇〇〇

出産育児一時金等受取代理申請取下書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

| | | | | |
|--------|---------------------------|-------------------------|----|------|
| 被保険者証 | 記号 | 〇〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇 |
| 出産予定者 | 氏名 | (フリガナ) ケンボ アイコ 健保 愛子 | | |
| | 生年月日 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | |
| 出産予定日 | 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| 取下げの理由 | 出産時に救急車で申請とは別の病院へ搬送されたため。 | | | |
| 備考 | | | | |

(様式3) 受取代理制度を申請した後、出産する医療機関等を変更する場合に提出

コスモスイニシアグループ健康保険組合あて

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
氏名 健保 太郎
被保険者証 記号 〇〇〇
番号 〇〇〇〇

受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

被保険者(健保 太郎) (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、令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日付にて委任した出産育児一時金等の受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である(**□□病院**) (以下「丙」という。)を代理人として定め、これを委任します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

甲の住所 **〇〇県〇〇市〇〇町1-1**
氏名 **健保 太郎**

乙の所在地[※] **〇〇県〇〇市△△町1-1**
名称[※] **△△病院** 電話 **000 (000) 1234**

丙の所在地[※] **〇〇県〇〇市□□町1-1**
名称[※] **□□病院** 電話 **000 (000) 4321**

| | | | | | | |
|-----------------------|----------|----------------------|----------------|----------|----------------|----------|
| 受取代理人(丙)名 義の支払金融機関 | 〇〇 | | 銀行 金融 信組 | 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 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | 口座 名義 |

※「乙」、「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入が必要です。