

健康保険被保険者家族 出産育児一時金請求書（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		生 年 月 日		
			昭和・平成 年 月 日		
	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)	印	事業所の	名称
					所在地
	被保険者 (請求者) の住所	(フリガナ)			
	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	
				昭和・平成 年 月 日	
	出産予定医療機関等の	名 称 ()			
		所在地			
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
振込希望銀行の預金種別・口座番号			口 座 名 義		
銀行 (普) 支店 NO. (当)			フリガナ		

受 取 代 理 人 の 欄	<p>甲()は、乙()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(上限 万円)の受領に関する事。 平成 年 月 日</p>			
	甲(被保険者)の住所			
	氏 名		印	
	乙(代理人)の住所			
	氏 名		印	
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄				
振込希望銀行の預金種別・口座番号			口 座 名 義	
銀行 (普) 支店 NO. (当)			フリガナ	

(注) 受取代理人の欄の文中、受取代理人に委任する上限額(上限 万円)は、原則として産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は42万円(未加入の場合39万円)とご記入いただきますが、民放健保の付加給付額を含めた額を希望する場合は、民放健保と医療機関等との合意が必要となりますので、事前に所轄の本部又は支部までご連絡をお願いいたします。