

常務理事	事務局長		担当

経済産業関係法人健康保険組合理事長 殿

**K063**

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者（被保険者）記入欄	記号	番号	申請者(被保険者)の氏名		生年月日	
			フリガナ		昭和 ・ 平成	年 月 日生
	事業所名			所在地		
	申請者(被保険者)の住所	フリガナ (〒 - )		(電話 - - )		
	出産予定者	フリガナ		生年月日		
	*申請者と同一の場合は記入不用			昭和・平成 年 月 日		
	出産予定日・数	平成・令和 年 月 日			単・多(胎)	
出産予定医療機関等	所在地 〒 -		名称			

受取代理人の欄	<p>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。</p> <p>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（上限 48 万円）の受領に関する事。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>甲の住所： 氏名：</p> <p>乙の住所： 氏名：</p>					
	振込希望金融機関名				預金種別	普通・当座
	支店名			支店コード		
	口座名義	(フリガナ)		口座番号		

(注意事項)

- この申請の対象者は、出産予定日まで2ヵ月以内の被保険者又は被扶養者。
- 受取代理人の欄の甲の部分は、被保険者が直接記入してください。