

被保険者
被扶養者
出産育児一時金請求書
(受取代理用)

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

申請者 被保険者 が記入 する ところ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)				
	保険証の記号・番号 (右づめ)	被保険者の 所属・氏名		(フリガナ)			
	6 7 6 8			○			
	被保険者の生年月日	被保険者の住所 (育児月刊誌の送付先住所)					
	昭和 平成 令和	年 月 日	〒	電話 ()			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産時の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	出産予定者	(フリガナ) ※申請者と同一の場合は記載不要	出産予定者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	出産予定 医療機関	名称 所在地	(フリガナ) 〒				
	☆申請者または出産予定者が出産予定日から6ヶ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。						
	● 申請者本人の退職等により、資格喪失後6ヶ月以内の出産により申請する場合、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	保険証 記号・番号			
● 申請者本人の家族が被扶養者認定後6ヶ月以内の出産による申請の場合、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	保険証 記号・番号				
資格喪失後6ヶ月以内の出産 で請求される方の一時金の 振込希望口座 (請求者の口座)	(銀行コード)	銀行 金庫 農協	(支店コード)	支店	口座番号 (右づめ) 普通 当座		
口座名 (カタカナで記入)							
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しては、出産育児一時金等の支給額を上限とする。						
	甲の住所	令和 年 月 日					
	氏名	電話 () -					
	乙の所在地	電話 () -					
受取代理人に 対する 支払金融機関	(銀行コード)	銀行 金庫 農協	(支店コード)	支店	口座番号 (右づめ) 普通 当座		
口座名 (カタカナで記入)							
健保記入欄	支給決定額	円	支払印				

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

事業所 担当	健保		
	担当	事務長	常務理事

安川電機健康保険組合
理事長 殿

令和 年 月 日

申請者（被保険者）

住 所

氏 名

被保険者証の記号番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出産育児一時金受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出します。

記

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、令和 年 月 日付け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（ ）（以下「丙」という。）を代理人に定めこれを委任します。

令和 年 月 日

甲の 住 所

氏 名

電 話 () —

乙の 所在地

名 称

電 話 () —

丙の 所在地

名 称

電 話 () —

受取代理人に 対する 支払金融機関	(銀行コード)	(支店コード)	支店	普通 当座	口座番号 (右づめ)					
		銀行 金庫 農協								
	口座名 (カタカナで記入)									

支払印

※ 「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・変更後の医療機関にて記入が必要です。

事業所 担当	健保		
	担当	事務長	常務理事

安川電機健康保険組合
理事長 殿

令和 年 月 日

申請者（被保険者）

住 所

氏 名

被保険者証の記号番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出産育児一時金受取代理申請取下書

令和 年 月 日に申請しました出産育児一時金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	番号
出産予定者	(フリガナ)	
	氏 名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
出産予定日	令和 年 月 日	
取下げの理由		
備 考		