

(受付)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

受付月日

事業主健保所管箇所		
長	長	担当者

健康保険(被保険者・家族)出産育児一時金請求書[事前申請用]

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生年月日	
	6148-5123456		昭和59年 1月20日	
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者所属	〇〇(株) 〇〇支店△△営業所
	被保険者住所	(フリガナ) 〇〇県△△市☆☆町2-2		
	分娩者および生年月日	氏名	生年月日	
	出産予定日・数	H31年 4月 16日 【単・多()】		
	分娩予定医療機関名称住所	名称	(フリガナ) △△病院	
		所在地	(フリガナ) 〇〇県△△市××町3-3	
	被保険者に対する支払金融機関の欄(退職者および任意継続被保険者のみ記入のこと)			
	金融機関名	店名	預金種別	口座番号

※ 事前申請後であっても当該申請書が棄却となる場合がありますので、ご了承願います。なお、この場合においては、健康保険組合からその旨連絡させていただきます。

受 取 代 理 人 の 欄	甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。 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て請求する費用の額(上限40.4万円)※の受領に関すること。			
	令和 年 月 日	[]		
	甲(被保険者)の住所	〇〇県△△市☆☆町2-2		
	氏名	健保 花子		
	乙(代理人)の所在地	〇〇県△△市××町3-3		
	名称	△△病院		
		電話	()	
受取代理人に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	店名	預金種別	口座番号	
〇〇銀行	××支店	普通	1234567	
口座名義(フリガナ)	△△ビョウイン			

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産した場合の法定給付の額は42万円となる。

健 保 組 合 使 用 欄	支給金額	医療機関						円
		被保険者						円
	〈家族出産の場合〉 昭 平 年 月 日 扶養認定年月日 令							

入力受付No.

(支払) 健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。