

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
			印			
	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		
	*申請者と同じの場合は記入不用			昭和・平成 年 月 日		
	出産予定日・数	平成 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>					
	平成 年 月 日					
	甲の住所：					
	氏名：	Ⓜ				
乙の住所：						
氏名：	Ⓜ					
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。