日本製紙健康保険組合　御中

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、世帯主又は組合員)が記入するところ

被保険者証	記号	111	番号	99999	
申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。	氏名	(フリガナ) ニッポン　タロウ 日本　太郎			
	住所	〒 △△△-△△△△　(フリガナ) ●●●●●●●●●●●●1－2－3 ●●●●●●●●●●●●1－2－3 電話　00　(　0000　) 0000			
	生年月日	昭和　60年　1月　1日			
出産予定日・数		29年　9月　15日　単 ・ 多(　　胎)			
出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ) ニホン　ハナコ 日本　花子			
	生年月日	昭和　62年　5月　5日			
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ニホンビョウイン 日本病院			
	所在地	〒　000-0000　(フリガナ) トウキョウトタイトウク●●1-1-1 東京都台東区●●1－1－1			
申請者に対する支払金融機関					
	預金種別		口座番号		口座名義 (フリガナ)

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員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、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、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			
	記号		番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が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			
	記号		番号	

受取代理人の欄

申請者(　日本　太郎　)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(　日本病院　)(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。

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※の受領に関すること。

※　出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、 付加相当額を含む)を上限とする。

令和　　年　　月　　日

甲の住所　●●●●●●●●●●●●1－2－3

氏名　日本　太郎

乙の所在地　東京都台東区上野1－1－1

名称　日本病院　　電話　00　(　0000　) 0000

受取代理人に対する支払金融機関					
	預金種別		口座番号		口座名義 (フリガナ)

(備考欄)