

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求書(受取代理用)

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号	記号	番号	フリガナ				
				氏名	㊟			
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)							
	住所	〒			電話 ()			
	事業所の名称 (会社名)			出産予定日	年	月	日	
	出産する人 (○印する)	・被保険者本人 (退職後の出産の場合は下記②を記入)			・被扶養者 (下記①を記入)			
	① 被扶養者が 出産したとき	被扶養者氏名			生年月日	年	月 日	
		(*) 被扶養者が出産 前6ヶ月以内に 他の健康保険に 加入していた場 合は記入して下 さい。	勤務先名	電話 ()				
			加入していた 健康保険	名称				
				電話	()			
② 被保険者が 退職後出産 したとき	退職後加入して いる健康保険等 の内容	健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険 共済保険 (○をつけて下さい)	名称					
			電話	()				
			保険証 記号・番号	.				
			区分	被保険者 ・ 被扶養者				
出産予定の 医療機関	名称							
	所在地							
医療機関等の出産に係る請求額が受取委任額未満である場合、差額分の受領を 被保険者氏名 ㊟ に委任する。								

受取代理人に関する欄	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。 甲が請求する出産一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額()円の受領に関すること。 年 月 日					
	甲(被保険者)の住所		〒	-		
	氏名		㊟			
	乙(代理人)の住所		〒	-	電話番号	()
	氏名		㊟			
	受取代理人に対する支払い金融機関の欄					
	金融機関名		店名	預金種別		口座番号
				1. 普通 2. 当座		
	口座名義(カタカナで記入)					

日本交通健康保険組合

※母子健康手帳の『氏名が記載されているページの写し』と『出産予定日がわかるページの写し』を添付してください。

※事前申請は、出産予定日まで2ヶ月以内の方が対象です。

※出産費用が出産育児一時金の額を上回った場合、その超過分は被保険者が医療機関へ支払うこととなります。

受付印