

受取代理用

(様式1)

被保険者・家族 出産育児一時金・付加金申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 〇〇年 〇月 〇日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 12	番号 1234	被保険者 (申請者) 氏名・生年月日	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
	被保険者の 住所及び 電話番号	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇区〇〇町1-23 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		家族の出産 妊婦の氏名 及び生年月日	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
	育児情報誌「月刊赤ちゃんと！」を1年間無料配布しております。 受取を希望されますか。(未記入の場合、自動的に配布は行いません)				<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する
	育児情報誌の送付先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇50-1 マンション〇〇号室			
	医療機関 所在地 及び名称	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇区〇〇100 〇〇〇〇総合病院		出産予定日 人数	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 単・多(胎)
前勤務先退職後6ヶ月以内 に出産した場合は、右欄の 設問(前勤務先の健保組合) についてお答えください	設 問	前勤務先の健康保険の名称() 前勤務先の健康保険組合等の電話番号(-) 前勤務先の健康保険の保険証の記号・番号(記号 番号) 前勤務先の資格喪失証明書を医療機関に提示されましたか(はい・いいえ)			

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なう場合には、付加相当額を含む)を上限とする。					
	【甲】 被保険者の		【乙】 代理人の			
	住所		住所			
	氏名		名称			
振 込 機 関	金融機関		銀行・信託銀行 信金・農協	支店名	支店・本店 出張所	種別 普通・当座
	口座番号		口座名義		(フリガナ)	

※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

※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、備考欄に記載してください。

(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。)

備 考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入(個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
--------	--

(添付書類) 1. 母子手帳(出産予定日確認のできるページ)の写し等

(注意事項) 1. 出産育児一時金等の受給権を有する見込みのある被保険者等であって、被保険者又はその被扶養者が出産予定日まで2ヶ月以内の者とする。

2. 医療機関等の変更による受取代理の取下げ、受取代理人の変更については、速やかに健康保険組合まで連絡のこと。

—— 受付日付印 ——