

受取代理用

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 年 月 日 提出

被保険者が記入するところ
記号 番号
被保険者証の記号番号
被保険者(申請者)氏名・生年月日
家族の出産妊婦の氏名及び生年月日
医療機関所在地及び名称
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

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。
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事。
【甲】 被保険者の 【乙】 代理人の
住所 住所
氏名 名称
金融機関 銀行・信託銀行 支店名 支店・本店 種別
口座番号 口座名義

※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、備考欄へ記載してください。(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

- (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