

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

Form with multiple rows and columns containing insurance details, family information, and medical facility details. Includes fields for policy number, insured name, birth date, address, and hospital name.

Form for agent information and bank details. Includes a declaration section, agent details (name, address, phone), and bank account information (branch, account type, number).

※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。)

備考欄 (Remarks) containing the instruction: 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