

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

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	被保険者証 の記号・番号	記号 12	番号 3456	被保険者の氏名 ・生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 令和〇〇年 〇月 〇〇日生	
	被保険者の 住所・電話 番号	〒810-0001 福岡市中央区天神〇丁目〇〇-〇〇			電話番号 092-711-0000 日中の連絡先 090-0000-0000	
	事業所の名 称・電話番号	名称 (株)西日本健保	電話番号 092-000-0000			
	被扶養者の出産である ときはその氏名・生年 月日	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 (続柄 妻) 昭和・平成 令和〇〇年 〇月 〇〇日生	扶養認定日 昭・平 〇〇年 〇月 〇〇日 令	前保険者名 全国健康保険協会		
	出産予定日	令和 〇〇年 〇月 〇〇日			単胎・多胎(児)	
被保険者に対する支払金融機関						
〇〇 銀行		△△ 支店	1.普通 2.当座 1234***	口座 名義	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
受 取 代 理 に 関 す る 欄	申請者(健保 太郎) (以下「甲」という)は、医療機関等である(西日本 太郎) (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事。 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 甲の住所 福岡市中央区天神〇丁目〇〇-〇〇 氏名 健保 太郎 乙の所在地 福岡市博多区駅前〇丁目〇〇-〇〇 名称 すこやか産婦人科 院長 西日本 太郎 電話 092 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
	受取代理人に対する支払金融機関					
	△△ 銀行 〇〇 支店		口座 名義	フリガナ スコヤカサフジシカ インチョウ ニシニッポンタロウ すこやか産婦人科 院長 西日本 太郎		
	1.普通 2.当座	9876***				

【被保険者の方へ】

受付年月日

◎この書類は、分娩費について直接支払制度を利用せず、受取代理制度を利用される方の手続き用紙です。