

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	支給金額 (法定給付額)					円
				内訳	被保険者				
支給日	令和 年 月 日				医療機関				
決定日	令和 年 月 日			(資格喪失日)		令和 年 月 日			
受付日	令和 年 月 日								

被保険者

家 族

出産育児一時金請求書 (事前申請用)

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者証	記号			番号			
会社名				所属名			
分娩予定 年 月 日	令和 年 月 日	入院する 医療機関名					
分娩者名				生年月日	昭平 令 年 月 日	被保険 者の続 柄	

受取代理に関する欄	<p>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。</p> <p>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(一児につき上限42万円)の受領に関すること。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲 (被保険者)の住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">乙 (代理人) の住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p>			
	乙指定の支払い金融機関			
	金融機関	店名	預金種別	口座番号
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座名義 (カタカナ)

※本請求書の記入にあたり、裏面の「留意事項」をご覧ください。
 ※母子手帳の写し、その他出産予定日を証明する書類を添付してください。
 ※被扶養者となる出生児の場合は出産後「健康保険 被保険者異動・被扶養者認定申請書」を提出願います。