

(様式1)

(あて先) 西武健康保険組合

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。 ※申請者と同一の場合は不要です	被保険者等	記号	101		番号	10001			
	氏名	(フリガナ)	セイブ タロウ 西武 太郎						
	住所	〒	000-0000	(フリガナ)	トシマクミナミイケブクロ 豊島区南池袋1-1-1				
	生年月日	昭和・平成 2 年 5 月 1 日							
	出産予定日・数	令和 3 年 9 月 21 日 単・多(胎)							
	氏名	(フリガナ)	セイブ ハナコ 西武 花子						
	生年月日	昭和・平成 3 年 6 月 1 日							
	名称	(フリガナ)	セイブサンフジシカ 西武産婦人科						
	所在地	〒	000-0000	(フリガナ)	トコロザワシクスイキダイ 所沢市くすのき台2-2-2				
	申請者に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号	00000000	口座名義	(フリガナ) セイブ タロウ 西武 太郎	銀行 金庫 信組	000
申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヵ月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。									
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号				保険者名				記号	番号
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号				保険者名	000健康保険組合			記号	番号
				記号	0000		番号	0000	

受取代理人の欄

申請者(西武太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(西武産婦人科)(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。

※ 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う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

令和 3 年 10 月 25 日

甲の住所 豊島区南池袋1-1-1

氏名 西武 太郎

乙の所在地 所沢市くすのき台2-2-2

名称 西武産婦人科 電話 04 (1234) 5678

受取代理人に対する支払金融機関

預金種別 1:普通
2:当座

口座番号 00000000

口座名義 (フリガナ) セイブサンフジシカ
西武産婦人科

銀行
金庫
信組

000

店・本店
支店・出張所

提出時には、母子健康手帳の写し(出産予定日が確認できるもの)を添付してください