

提出日 令和 年 月 日

課長	担当

出産育児一時金（被保険者）

家族出産育児一時金（被扶養者）

## 請求書（受取代理用）

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	分娩する者の氏名	分娩する者の生年月日	
	8	1234	健保 太郎	健保 花子	昭和 平成 元年 10月 1日生	
	事業所の名称		大王製紙健康保険組合			
	出産予定日		平成・令和 元年 1月 10日			
	出産予定の医療機関 所在地・名称		所在地	〇〇病院		
		名称	愛媛県四国中央市川之江町12-3			
被保険者の口座（分娩費が出産育児一時金 1児につき40万4千円、産科医療補償制度加入の場合は42万円を下回る場合に振込を行う）						
振込先金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	被保険者名（口座名義）	
ふりがな		ふりがな	1.普通		ふりがな	
いよ 伊予		みしま 三島	2.当座	1 2 3 4 5 6 7	けんぼ 健保 太郎	
受 取 代 理 人 の 欄	甲（ 健保 太郎 ）は、医療機関である乙（ 〇〇病院 ）を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	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（1児につき上限40万4千円 産科医療補償制度加入の場合は42万円）の受領に関すること。					
	令和 元年 1月 20日					
甲（被保険者）の住所		愛媛県四国中央市三島朝日12-34			健保 太郎	
氏名		健保 太郎				
乙（代理人）の所在地		愛媛県四国中央市川之江町12-3			病院 〇〇	
名称		〇〇病院				
受取代理人に対する支払金融機関の欄						
振込先金融機関名		支店名	預金種別	口座番号	口座名義	
ふりがな		ふりがな	1.普通		ふりがな	
えひめ 愛媛		みしま 三島	2.当座	7 6 5 4 3 2 1	〇〇病院 びょういん 院長	
事 証 明 主 欄	本申請書の内容を確認し、上記の通り相違ないことを証明します。		事業主の住所、名称、氏名及び印			

添付書類：母子手帳の表紙と出産予定日が確認できるページのコピー

大王製紙健康保険組合