

(様式1)

受 付 年 月 日		年 月 日		支 給 支 払 決 議 書		
決 裁 年 月 日		年 月 日		常務理事	事務長	担当者
支 給 額		円				
支 給 内 訳	出産育児一時金	円				
	出産育児付加金	円				
代理人への支払額		円		支払年月日 年 月 日		

市光工業健康保険組合理事長殿

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

令和 年 月 日提出

※申請書は出産予定日の2ヶ月前から出産日まで受付します。

申請者（被保険者、世帯主又は組合員）が記入するところ	被保険者証の 記号・番号		記 号	番 号	被保険者の 氏名及び印	(フリガナ)		印
	被保険者の 住 所 電話番号		(フリガナ) 〒 電話 ()					
	出産予定者		氏名： (昭・平・令 年 月 日生)			出産予定日 及び胎児数	令和 年 月 日 単 胎・多 胎(児)	
	出産予定 医療機関		名 称		(フリガナ)			
			所在地		〒			
	申請者に対する 支払金融機関		銀行 農協 本店 金庫 信組 支店 出張所					
			預金 種別	1. 普通 4. 通知 2. 当座 5. 貯蓄 3. 別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6ヶ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いたします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の既定により、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ヶ月以内に出生された場合、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ヶ月以内に出生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	
委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される出産育児一時金(差額)の受取方の件を委任いたします。 ※任継は記入不要							
	被保険者 氏名				印			
受取代理人の欄	代理人の 住所 氏名							印
	乙(代 理 人) 所在地 名称							印 電話 ()
	銀行 農協 本店 金庫 信組 支店 出張所							
	預金 種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)		
	(備考欄)							