

1

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

申請上の注意点

| | | | | | | | | |
|---|--|---------|---------|-------------------|-------|---|---------------------------------------|------|
| 記号 | 番号 | ①被保険者氏名 | | 所 属 | | | | |
| 1234 | 1234567 | 健保 太郎 | | K A I T E K I 健康社 | | | | |
| 2 対象者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 | ②分娩者の氏名 | | 続柄 | 妻 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 | 健保 桜子 | | | | | <input type="checkbox"/> 平 | |
| 入院する医療機関 | 名称 東京病院 | | | 出産予定日 | 令和 | 4 | 7 | 15 |
| | 所在地 東京都〇△市〇×1-1-X | | | | | | | |
| ①の被保険者(女性)が資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その健康保険組合名及び記号・番号を下記へ記入してください。 | | | | | | | | |
| ②の人が他の健康保険の被保険者で、資格喪失日が出産日より6ヶ月を経過していない場合は、その健康保険組合名及び記号・番号を下記へ記入してください(旧姓:) | | | | | | | | |
| 健康保険組合名 | | | | 記号・番号 | | | | - |
| 3 退職者のみ)被保険者に対する支払金融機関の欄 | 振込先 | 銀行名 | | 支店名 | | 種 別 | | 口座番号 |
| | | コード | | コード | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | |
| | | 銀行 | | 支店 | | 口座名義人(フリガナ) | | |
| <p>甲(健保 太郎)は、医療機関等である乙(東京病院)を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>また、甲は、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。</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(※)の受領に関すること。</p> <p>(※)出産育児一時金の支給額を上限とする。</p> <p>令和 4 年 4 月 22 日</p> <p>甲(被保険者)の住所 東京都〇×市〇×町1-2-3 氏名 健保太郎</p> <p>4 乙(代理人)の住所 〒111-1111 東京都〇△市〇×1-1-X 氏名 東京病院 電話 03(1234)5678</p> | | | | | | | | |
| 5 受取代理人に対する支払金融機関の欄 | 振込先 | 銀行名 | | 支店名 | | 種 別 | | 口座番号 |
| | | コード | 9 9 9 9 | コード | 1 1 1 | 1普通・2当座 | 9 8 7 6 5 4 3 | |
| | | 東京健康 銀行 | | 丸の内 支店 | | (フリガナ) トウキョウヒョウイン リジチョウトウキョウタロウ | | |
| 東京病院 理事長 東京太郎 | | | | | | | | |

提出日 令和 4 年 4 月 30 日

◎事前申請は出産予定日まで2ヶ月以内の場合に申請をしてください。

①申請書は漏れなく正確に記入してください。

②出産される対象者の情報を記入してください。

③退職され、任意継続にもご加入がない場合は口座情報を記入してください。

④代理人である医療機関で記入してください。

⑤代理人である医療機関の口座情報について記入してください。

【提出先】

記号 1000・1001・8173の方
記号 820の方

三菱ケミカル健保組合
【社内便】パレスビル12階 三菱ケミカル健康保険組合
【郵 送】〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル 三菱ケミカル健康保険組合
記号が上記以外の方..... 各事業所の健保担当

被保険者記入欄・受取代理人の欄への記入が完了次第、申請書をご提出ください。

提出先等は、左記および申請書を印刷する際の1枚目もご確認ください。

| | | |
|-------------|--|---|
| (家族)出産育児一時金 | | 円 |
| 医療機関への支払 | | |
| 被保険者への支払 | | |

受付日付印

| | |
|-----|--|
| 事業所 | |
|-----|--|

| | |
|------|--|
| 健保組合 | |
|------|--|