

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)

被保険者等 記号 番号		被保険者等の、記号番号が分からない 場合はマイナンバーを記入してください		①被保険者氏名			所 属			
		— —								
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	②分娩者の 氏 名		続柄		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日
入院する医療機関		名 称			出産予定日		令和			
		所在地								
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被保険者等記号・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被保険者等記号・番号を 下記へ記入してください。(旧姓: _____ )										
健康保険組合名:		健康保険組合			被保険者証等記号・番号:			—		
(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)			[ ]	

甲( )は、医療機関等である乙( )を代理人と定め、次の権限を委任する。  
 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。  
 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(※)の受領に関する事。  
 (※)出産育児一時金の支給額を上限とする。

令和 年 月 日  
 甲(被保険者)の住所  
 氏名  
 乙(代理人)の住所 〒  
 氏名  
 電話 ( )

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		コード		1普通・2当座				
		銀行		支店		口座名義人(フリガナ)			(フリガナ)	

提出日 令和 年 月 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。

**【送付先】** 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。 ←ここをクリック

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所.....SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当  
 [郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所.....各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者  
 三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方 ] 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

健 保 記 載 欄	(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	
------------------	--