

受取代理の事前申請は「出産予定日まで2ヶ月以内」に申請してください。

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			
1001 0000001		**** - **** - ****		運動 一郎		KAITEKI健康社			
対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	②分娩者の 氏 名		続柄	妻	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 平	年 月 日	
入院する医療機関		名 称 東京病院		出産予定日		令和	6	11	10
		所在地 東京都〇△市〇×1-1-×							
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				
ご退職後、任意継続に加入されない場合は口座情報を記入してください。									

甲(**運動 一郎**)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。
 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 **6** 年 **9** 月 **15** 日

甲(被保険者)の住所 **東京都〇×市〇×町1-2-3**
 氏名 **健保太郎**

乙(代理人)の住所 〒 **111-1111 東京都〇△市〇×1-1-×**

受取代理人(医療機関等)に依頼して記入していただいでください。

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	口座名義人(フリガナ) (フリガナ) トウキョウビョウイン 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 **6** 年 **9** 月 **25** 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

(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	
------	--