

1 健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)
家 族

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	健保 桜子	続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭						
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者						<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	5	7	15					
		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。 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(※)の受領に関すること。 (※)出産育児一時金の支給額を上限とする。</p> <p>令和 5 年 5 月 10 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-× 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1普通 <input type="checkbox"/> 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 リジョウ トウキョウダロウ							
東京病院 理事長 東京太郎													

- 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。

提出日 令和 5 年 5 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

被保険者記入欄・受取代理人の欄への記入が完了次第、申請書をご送付ください。

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	
------	--