（様式1）

キユーピー・アヲハタ健康保険組合　殿

出産育児一時金等支給請求書（受取代理用）

被保険者が記入するところ

被保険者証		記号		番号	
被保険者		氏名	(フリガナ)		
		住所	〒　(フリガナ) 電話　（　　）		
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
出産予定日・数		年　月　日　単・多（　胎）			
出産予定者 ※被保険者の場合は不要		氏名	(フリガナ)		
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		
出産予定 医療機関等		名称	(フリガナ)		
		所在地	〒　(フリガナ)		
委任状	在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払いしますので、事業所に委任してください。	令和　年　月　日 私は出産費用が出産育児一時金を下回った場合、(事業所名：　　)を代理人と定め差額分の受領を委任します。 被保険者氏名			
個人口座	退職された方は、ご本人名義の口座を記入してください。	銀行 信用金庫 信用組合	店・本店 支店・出張所		
		預金種別	普　通	口座番号	
		口座名義	(フリガナ)		

被保険者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に当健保組合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します。

※　健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、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か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

被保険者本人の退職等により、当健保組合の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産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	
被保険者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名			
	記号		番号	

受取代理人の欄

被保険者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　　）（以下「乙」という。）を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等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等のうち、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。

※　出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

令和　年　月　日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称　　電話　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 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)

受付日付印