

受付印

記入例

年月日			
常務理事		事務長	担当者

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

住友商事健康保険組合理事長

記入年月日 令和 ○年 ○月 ○日

申請者(被保険者)が記入するところ	被保険者証 記号・番号	1 — 123456	事業所の 名称	○○○○(株)
	被保険者名	住友 太郎 (印)	被保険者 生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成
	被扶養者名 (被扶養者が出産の時)	住友 花子	続柄	妻
	被扶養者 生年月日		被扶養者 生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成
	被保険者の住所 (国内で郵送物受領 が可能な住所)	〒 104 - ××××	連絡先 電話番号	連絡が付きやすい番号を記入 090-○○○○-○○○○ (自宅 ・ 会社 ・ 携帯)
	東京都中央区晴海○-○-○			
出産予定日	平成 ○年 ○月 ○日 令和	胎児の数	単 ・ 多 (胎)	
出産予定 医療機関等名称	○○○産科婦人科医院			
出産者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を取得・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条の規定により、1年以上健康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。				
出産者が被扶養者認定を受けた日から6ヶ月以内の出産であれば、以前 加入していた健康保険組合名称と被保険者証の記号・番号(念書必要)		名称	○△×健康保険組合	記号 番号
出産者が資格喪失後の出産であれば、新たに 加入した健康保険組合名称と被保険者証の記号・番号(念書必要)		名称		記号 番号
				22 56789

該当する場合は「記入の上 念書も提出して下さい。」

申請者(住友 太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関である(○○○産科婦人科医院) (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/1児につき(法定給付額+付加給付額(5万円))を上限とする。資格喪失後の出産の場合は付加給付支給なし。

令和 ○年 ○月 ○日

甲の住所 〒 104-××××

東京都中央区晴海○-○-○

氏名 住友 太郎 (印)

乙の所在地 〒 104-××××

東京都○○区○○1-2-3

名称 ○○○産科婦人科医院 (印) 電話番号 03 (○○○○) ○○○○

受取代理人に対する 支払金融機関	○○○	銀行 金庫 信組	1.普通 2.当座 3.別段	4.通知 5.貯蓄	口座名義 (フリガナ) ○○○○ ○○○○
	△△△	本店 支店 出張所	口座番号 12345		○○ △△△

申請者が記入・捺印
してください。

(添付書類) 産科医療補償制度加入の場合は登録証(写)