

支給額	受取代理人	円	被保険者	円	常務理事	事務長	課長	係	
支払年月日	年	月	日	備考					
資格取得日	年	月	日						
資格喪失日	年	月	日		出産日	平成	年	月	日

## 被保険者（本人） 出産育児一時金 請求書（事前申請用）

平成 年 月 日 請求							
被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者の氏名	(印)			
	番号		生年月日	年 月 日			
被保険者の 現住所	〒		-		TEL	( )	
事業所名	(内線 )						
出産予定年月日	平成 年 月 日		被保険者と 出生児の関係		出生児が被保険 者の被扶養者で あるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
退職後（資格喪失後） の申請であるとき	被保険者期間が1年以上ありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※どちらも「はい」の方のみ「不支給証明書」を添付のうえ請求ください。				
	資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		申請後、出産が予定日より遅れ、6ヶ月以内の出産とならなかった場合は				
個人 情報	この請求書を提出することにより、出産予定の医療機関等と健康保険組合の間において、請求書の受けの有無、分娩に関する証明、及び分娩費用に関する情報の提供を行いますので予めご了承ください。						
	本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を1年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の□にレ印をつけてください。						<input type="checkbox"/> 拒否

被保険者が記入するところ

注)OT、OMSC、OIMCの被保険者は給与振込みで給付しますので、委任状の欄に記名、捺印。その他の被保険者と退職者の場合は銀行振込ですので、「被保険者に対する支払金融機関」の欄に記入してください。ただし、被保険者以外の口座に振込を希望する場合は委任状に被保険者本人と代理人を記名・捺印してください。

委任状			委任者と代理人の関係	
	私は _____ を代理人と定め 平成 年 月 日 に請求した出産育児一時金のうち、差額が支払われる場合その受領方を委任します。			
	本人	住所	平成 年 月 日	
	氏名	(印)		
代理人	住所	(印)		
	氏名	(印)		

OT、OMSC、OIMC以外の被保険者と退職後の請求であるときは下欄へ振込を希望する銀行口座をご記入ください。被保険者本人以外の口座に振込を希望する場合は委任状の欄に代理人を記名、捺印すると共に「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。

金融機関 対被 保険 者 に 支 払 に	銀行コード		銀行名	銀行
	店番号		支店名	支店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	漢字		
	*原則として請求者ご本人		カタカナ(必ず記入)	

受取代理人の欄	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。			
	甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して請求する出産に関する費用の額（上限38万円）の受領に関すること。			
	平成 年 月 日			
	甲（被保険者）の住所	〒 -		
	氏名	(印)		
乙（代理人）の住所	〒 -			
氏名	(印)			
代理受取額		円		
金融機関 対医 療 機 関 に 支 払 に	銀行コード		銀行名	銀行
	店番号		支店名	支店
	預金種目	普通 当座	口座番号	
	口座名義	漢字		
			カタカナ(必ず記入)	

上の申請について、事実と相違ないことを証明します。		平成 年 月 日	※受付印
事業所 所在地 事業主名	(印)		