

この欄は何も記入しないこと

常務理事	事務長		担当者	支給決定欄						
				法定+付加						
				差 額						
出産年月日	年 月 日			合計金額						
資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失									
扶養認定日	年 月 日 認定			備 考						

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書 受取代理用
 家 族 出産育児付加金

受付印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号番号	記号 〇〇	番号 ××××	②被保険者の 氏名	西日本 太郎						
	③被保険者の住所	〒〇〇〇-×××× 東大阪市〇〇町××-××			Tel 06-△△△△-××××						
	④事業所の名称	〇×化成㈱									
	⑤家族（被扶養者）が出産予定の場合、その者の 氏名	西日本 花子			生年月日	昭和 6 0 年 3 月 4 日			続柄	妻	
	⑥出産予定日	令和 3 年 5 月 10 日			単・多（胎）						
	⑦出産予定 医療機関等	名称	〇〇産婦人科								
		所在地	東大阪市〇〇町××-△△								
	⑧資格喪失後の被保険者が出産する場合・・・資格喪失後に加入しておられる健康保険についてご記入ください。 ⑨ご家族が西プラ健保に加入して6か月以内に出産する場合・・・以前にそのご家族が加入していた健康保険についてご記入ください。										
	健康保険の名称 協会けんぽ (大阪支部)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険	健康保険組合にご加入の場合、その 健保組合の電話番号 Tel 06 (××××) 〇〇〇〇			記号・番号と 被保険者氏名	記号 11010203 番号 123456 氏名 西日本 花子				
	振込先 △△ 信用金庫 〇〇 出張所 信用組合 支所	銀行・農協 本店・支店 普通 当座	預金種目	口座番号			口座名義（フリガナ） (フリガナ) ニシホン タロウ 西日本 太郎				
委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ 印										
受 取 代 理 人 の 欄	申請者（西日本 太郎）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（〇〇産婦人科）（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（付加給付額を含む）を上限とする。 令和 3 年 4 月 5 日 甲の住所 東大阪市〇〇町××-×× 氏名 西日本 太郎 乙の所在地 東大阪市〇〇町××-△△ 名称 〇〇産婦人科 Tel 06-〇〇〇〇-××××										
	受取代理人 に対する支 払金融機関	〇〇 銀行・農協 信用金庫 信用組合	△△ 本店・支店 出張所 支所	預金種目	普通 当座			支 給 日			
		口座番号			口座名義（フリガナ） (フリガナ) 〇〇産婦人科						
		1 0 0 0 0 1			〇〇産婦人科						

裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合