

出産育児一時金支給申請書【受取代理申請用】

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者 ・ 被扶養者)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (委 任 者)	被保険者名 フリガナ		生年月日 昭和 平成 年 月 日		記号	番号
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。					
	資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日		資格喪失年月日 令和 年 月 日		事業所名称	
	現住所 〒			TEL		
	出産者名 フリガナ		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		被保険者 との続柄	出産予定日・数 令和 年 月 日 単・多 (胎)
出産する医療施設等の名称・所在地 名称 所在地						
送金先 (差額振込先) ※ いすゞ自動車(株)女子被保険者は記入 その他の場合は事業所経由で支給のため記入不要 銀行 支店 普通口座番号 受取人氏名(カナで記入)						
下記医療機関等を代理人と定め次の権限を委任します。 出産育児一時金のうち、下記医療機関が委任者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。 ※ 令和 年 月 日 委任者名 (被保険者)						
※ 産科医療保障制度加入医療機関: 1児につき上限42万円 / 未加入医療機関: 1児につき上限40.8万円						
受 取 代 理 人 の 欄	上記出産者 (令和 年 月 日出産予定) の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 また、上記出産者は出産育児一時金等の医療機関への直接支払制度は利用しません。					
	代理人の 住所		医療機関名			
	氏名					
送金先		銀行	支店	普通	口座番号	受取人氏名(カナ)

(注)・事前申請が必要です。提出先は、勤務先の健康保険業務担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
 ・被保険者の印は、2箇所同一の印を押印してください。
 ・添付書類として、母子保健法の規定により交付された母子健康手帳の写(出産予定日を証明する書類)が必要です。
 ※ 受取代理人の欄に証明を受けた場合は不要
 ・本申請書で定めた受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに当組合までご連絡願います。
 ・本申請書に「マイナンバー」の記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	※ 次の場合には下欄に記入が必要です				記入がない場合には支給できません。 お調べのうえ必ず記入してください。	
	● 被扶養者の方が認定年月日(保険証記載)より6ヶ月以内に出産の場合 出産日より半年前に加入していた保険について記載してください		下記届出に相違ありません。 また、加入保険に情報提供することに同意いたします。 令和 年 月 日			
	● 被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産の場合 現在加入している保険について記入してください 国民健康保険加入の方は国保(〇〇市・〇〇区)とご記入ください		出産者氏名			
	加入保険組合等の名称および所在地など 名称 所在地 TEL					
記号	番号	加入年月日 平成 令和 年 月 日	喪失年月日 令和 年 月 日	健保確認欄		