

常務理事				担当

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (事前申請用)

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 (請求者)の	氏名	(フリガナ)					出産予定日			
						〒		平成	年	月	日
		住所	〒 - 電話番号 ()								
	事業所の	所在地 名称	〒 - 番								
		事業主氏名 電話	() 局 番								
被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日		
入院する 医療機関の	名称										
	所在地	〒 - 電話番号 ()									

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、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限35万円/1児につき)の受領に関すること。 平成 年 月 日									
	甲(被保険者)					乙(代理人)				
	住所					住所				
	氏名 ①					氏名 ①				
	受取代理人に対する支払金融機関の欄									
金融機関名		店名			口座種別		1. 普通		2. 当座	
					口座番号					
口座名義										

※1 本申請書は、妊娠85日以降に分娩した場合(早産、死産、流産を含む)に有効となります。
 ※2 本申請書を提出される際には、事業所名の記入とともに必ず事業主印を押印してください。

受付日付印

[申請書に添付する書類]

◎ 母子手帳の氏名及び出産予定日の記載がある面の写し1部。

東京紙商健康保険組合 〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-42-10
 電話 03-3666-2522