

[受取代理申請用]

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 10	コーポレートID 11000001	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
		番号 1234				4	7	10	1	2	
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎									
	被保険者住所	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電話 03 (1234) 5678									
	事業所名	〇〇〇〇株式会社									
部署名	△△△△部署 電話 03 (1111) 2222										
申請内容	出産者	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	被保険者との続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
							4	8	12	2	2
	出産予定日及び胎児数	令和 1 年 10 月 29 日 単胎 ・ 多胎 (1 児)			出産予定医療機関の産科医療補償制度加入の有無		あり ・ なし				
	出生児の氏名※1	フリガナ ケンポ ケンコ 健保 健子	被保険者との出生時の続柄	長女	出生者は被扶養者であるか	はい ・ いいえ					
	出産予定医療機関名称	●●●●産婦人科		出産予定医療機関住所	〒 231-0002 神奈川県横浜市中区海岸通1-1-1 電話 999 (888) 7777						
受取代理人(医療機関)が証明	1. 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請 (現在加入している保険者名・記号番号を記入)		保険者名※	□□□□健康保険組合							
	2. 被扶養者が扶養認定後6ヶ月以内の出産で申請 (以前加入していた保険者名・記号番号を記入)		被保険者氏名(世帯主名)	健保 太郎							
	※国民健康保険の場合は市区町村名、協会けんぽの場合は都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入		記号番号	9999-9999							
受取代理人(医療機関)が証明	申請者() (以下「甲」)は、医療機関等である() (以下「乙」)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(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には付加相当額を含む)を上限とする。 令和 年 月 日 甲(被保険者) 住所 〒 氏名 乙(医療機関等) 所在地 〒										
	この欄は医療機関に証明を貰ってください。 ※下記を確認し必要な添付書類をつけてください。										
受取	口座名義 (フリガナ)									本店 支店	

振込先情報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認
-------	---

健保記入欄	支給額	法定給付 付加給付 合計	円 円 円
-------	-----	--------------------	-------------

令和 年 月 日提出
受付日付印

※1 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要

添付書類

- 母子手帳の氏名および出産予定年月日が記載されているページ(写)または出産予定年月日を証明する書類

留意事項

- 当請求を行なった場合は出産にかかった費用として法定給付と付加給付を合わせた金額を上限とし実費の範囲内で直接医療機関へ支払われます
- 上限を下回った場合は別途差額を被保険者へ支給します
- 当請求につきましては出産予定日の1ヶ月前までに行ってください

シミックグループ健康保険組合