

※ 組 合 記 入 欄	出産年月日	令和	年	月	日	決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者	
	A	出産育児一時金 (法定給付費額)				円	千円			
	B	医療機関支払金額				円	資格等	取得	昭和 平成 令和	年 月 日
	C	差額 (A-B)				円	資格等	喪失	令和	年 月 日
	D	出産育児一時金付加金				円	備考			
	E	合計 (C+D)				円				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書(受取代理用)

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 申請

被 保 険 者 の 欄	① 被保険者証の 記号	② 勤務している、または 勤務していた事業 所(会社)の名称	(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被 保険者」と記入してください。)						
	③ 被保険者氏名	④ 生 年 日	昭和 平成	年	月 日				
	⑤ 家族が出産した ための申請であ るときはそ ⑦ 氏 名	⑧ 生 年 日	昭和 平成	年	月 日				
	⑥ 申請者の住所	〒							
	⑦ 出産予定日	令和	年	月	日	⑧胎児数	単・多(胎)		
	⑨ 出産予定 医療機関	⑩ 名称				⑪ 所在地			
	⑩ 家族(被扶養者)の出 産で、その者が退職後6カ 月以内の申請の場合	退職時の保険者(組合)名と電話番号	保険者名	電話番号					
		退職日	令和	年	月	日	被保険者証の記号番号	記号	番号
		上記保険者(組合)へ出産育児一時金の請求はいたしません。					署名		

受 取 代 理 人 の 欄	⑪ 被保険者()は、医療機関である()を代理人と定め、次の権 限を委任します。また、出産育児一時金等の直接支払制度は利用しません。 被保険者が請求する出産育児一時金等のうち、医療機関が被保険者に対して出産に関し請求する費用の額 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 ㊟ 医療機関の所在地 名称 ㊟ TEL ()		
	⑫ 受取代理 人の振込 金融機関	銀行 信金 信組 組合	店・本店 支店・出張所
	預金 種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号

※備 考 欄	
--------------	--

委 任 状	本依頼に基づく出産育児一時金および同付加金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 ㊟ 代理人(事業主) 氏名 ㊟ 住所
-------------	--

事業所 担当者印	
-------------	--

※ 受付日付印