

健康 保 険 組 合 使 用 欄	資格取得(認定)日	昭和 平成	年	月	日	内 訳	代理人への支払額	支給決定同			
	資格喪失日	平成	年	月	日		円	平成	年	月	日
	出産予定数	単胎・多胎(児)					被保険者への支払額	常務理事	事務長	係	
	支払年月日	平成	年	月	日	給付額	円				

受付印

住友ゴム工業健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名		
	被保険者(申請者)の 氏名・住所・生年月日	氏名	印			
		住所	〒			
		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	出産する方	氏名				
	※申請者と同一の場合は 「同上」とご記入ください	生年月日	昭和・平成	年	月	日生
	出産予定日及び胎児数	平成	年	月	日	単・多(胎)
	出産予定の 医療機関等	名称				
		所在地	〒			
	被保険者に 対する 支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所			
預金種別	1:普通 2:当座	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)		
【被保険者が出産する場合】… 当組合資格喪失後6カ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について						
健保等の氏名		被保険者氏名		記号・番号		
【被扶養者(家族)が出産する場合】… 当組合加入後6カ月以内に出産する場合、以前加入している健康保険について						
健保等の氏名		本人・家族の別	記号・番号	加入時の氏名	加入期間	
		本人 家族			昭和・平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	

受 取 代 理 人 の 欄	申請者、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 <sup>*</sup> の受領に関する事。 ※ 一児につき42万円を上限。ただし、産科医療補償制度対象出産でない場合は40.4万円。					
	甲(被保険者)の住所					
	氏名				印	
	乙(代理人)の住所					
名称				印		
電話 ( )						
受取代理人に 対する 支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所				
預金種別	1:普通 2:当座	口座 番号	口座 名義			

(留意事項)

◎受取代理の申請の対象者は、被保険者であって、出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり、かつ出産予定日まで2か月以内の者又は出産予定日まで2か月以内の被扶養者を有するものとなります。

◎母子健康手帳の「氏名が記載されているページの写し(表紙)」と「出産予定日が分かるページの写し」を添付してください。

◎ゆうちょ銀行への振込は、必ず銀行対応口座を記入してください。