

受取代理請求

下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定したい。	常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日	年	月	日	

被保険者 出産育児一時金支給申請書 (受取代理申請用)
被扶養者

東北電力健康保険組合理事長 殿 年 月 日

下記のとおり申請いたします。

この届出は被保険者が内容を確認し作成しています

被保険者氏名 <small>フリガナ</small>	被保険者証記号番号	事業所名	
		所 属	
		電話番号 (勤務先)	
出産予定者の氏名 <small>フリガナ</small>	続 柄	住 所	
		〒	
出産予定者の生年月日	出産予定日	出産児の予定数	※健保記入欄
昭和・平成 年 月 日	令和 年 月 日	1. 単胎 2. 多胎 (児)	年 月 日 取得 / 認定
入院 (出産) する医療機関	名 称		
	所 在 地	〒	
	電話番号		

被保険者は水色の部分をすべて記入してください。

受取代理人の欄	被保険者は下記医療機関を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者は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 (上限42万円 ※産科医療補償制度対象出産でない場合は40万8千円)の受領に関する事。 年 月 日 (被保険者) 住所 〒 氏名 (代理人) 住所 〒 医療機関名 代表者氏名										
	受取代理人に対する支払金融機関の欄	銀行	金庫	農協	本店・出張所	支店	支店	支店	支店	支店	支店
	預金種別	1. 普通	口座番号							口座名義	(カタカナで記入)
		2. 当座									

【添付書類】

「母子手帳の表紙」と「出産予定日を確認できるページ (見開き)」の写し

注意事項

(1) 口座名義は医療機関代表者を必ずカタカナでご記入ください。

健保処理欄	出 産 日	
	医療機関支払日	被保険者支払日
	医療機関支払金額	被保険者支払金額