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いたしたい。	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
被扶養者

出産育児一時金支給申請書　（受取代理申請用）

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

被保険者は水色の部分をすべて記入してください。

被保険者氏名 フリガナ	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 フリガナ	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	

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50万円　※産科医療補償制度対象出産でない場合は48万8千円）の受領に関すること。

年　月　日

（被保険者）

住所　〒

氏名

（代理人）

住所　〒

医療機関名　　TEL

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・営業部	支店コード			
預金種別	1．普通 2．当座	口座番号			口座名義	（カタカナで記入）

【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	