

出産育児一時金・同差額及び同付加金差額支給申請書②

【受取代理制度利用者専用】

申請者が記入するところ	被保険者証の	記号	番号	生年月日		
				☐ 昭和 ☐ 平成	年	月
	氏名	(自署)				
	住所					
	出産予定日	令和 年 月 日 単胎 ・ 多胎 (胎)				
	出産予定者 申請者と同一の場合は不要です	氏名		続柄	生年月日	
					☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
出産予定 医療機関等	名称					
	所在地					

*分娩予定者が長谷工健康保険組合に加入後6カ月以内の出産である場合は、以前加入していた健康保険等についてご記入ください。

以前加入していた健康保険組合等の名称	(〇〇健康保険組合等)	記号	番号
以前加入していた健康保険組合等から「出産育児一時金」を	☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない		

受 取 代 理 人 の 欄	申請者()(以下【甲】という)は、医療機関等である() (以下【乙】という)を代理人と定め、次の権限を委任します。 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。 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。 (※)出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称			
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)			

【健保使用欄】

出産日	受取代理人	被保険者	合計
法定給付			
付加給付			30,000
支給決定額			

受付日付印