

支給決定何	支給決定	令和 年 月 日
支給額	病院支給（請求）額	円
	被保険者支給額（差額）	円
	合計	円

常務理事	事務長	担当者	担当者	担当者

- 被保険者
 被扶養者

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番号	所属店舗 及び部署名					
	被保険者の 氏 名	リカナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者の 住所及び連絡先	〒			電話	()			
	出産予定者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)			出産予定者 氏 名				
	出産予定日 及び胎児数	令和 年 月 日	単胎・多胎(児)		出産予定者 の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産予定の 医療機関名称				出産予定の 医療機関住所	〒			
給付金(差額支給分)の受領について(どちらかご記入ください)									
1. 在職中の方 (委任状)	給付金の受領に関して、事業主に委任します。				日付	令和 年 月 日			
					氏名				
2. 資格喪失後の方 (任意継続加入の方)	銀行 信用金庫		本店 支店		預金種別	普通・当座 その他()			
	口座番号			口座名義 (カタカナ)					
■下記に該当する場合に記入					保険者名	電話 ()			
1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等						記号-番号	-		
2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等									
【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。									
備考欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。							

受 取 代 理 人 の 記 入 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。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※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等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(被保険者)		住所 氏名				
		乙(医療機関等)		所在地 名称				
受取代理人に対する 支払金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店		預金種別	普通・当座 その他()			
	口座番号			口座名義 (カタカナ)				

※(任意)被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証(写)またはパスポート(写) ②個人番号カード(両面)の写し ①②のいずれか1点

【添付書類】

- 母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

受付印

オオゼキ健康保険組合
2023.4.1改版