

支給決定決議書						
科目	出産育児一時金・家族出産育児一時金		給付実績等	常務理事	事務長	係
金額	法定給付	円	受取代理 ¥ 差額 ¥ 合計 ¥			
	付加給付	円				
	合計	円				
資格記録	資格取得日	年 月 日	備考 産科補償医療制度： 有・無	決定	年 月 日	
	資格喪失日	年 月 日				
	認定日	年 月 日				
	削除日	年 月 日				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・同付加金支給申請書（受取代理用）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	事業所名称				
		番号	TEL				
	出産予定者氏名			出産予定者生年月日	年 月 日		
	出産予定年月日	年 月 日	出産児の予定数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（胎）			
	出産予定医療機関	名称	(フリガナ)				
		所在地	(TEL)				
	【添付書類】 → <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写しまたは出産予定日まで2ヵ月以内であることを証明する書類 ※母子手帳の場合は、表紙（保護者氏名が記載されているページ）と予定日が記載されているページ						
	資格喪失者 振込先口座	※退職者（又は予定）の方のみ、記入してください。 (在職中の方は給与とあわせて給付されます)			退職（予定）日	年 月 日	
		銀行名	支店名	口座種別	普通・当座		
		口座番号	口座名義				
上記のとおり申請します。 在職期間中の申請の場合、本申請書に基づく差額給付金の受領を事業主へ委任します。 年 月 日 住所 被保険者名 氏名 電通健康保険組合理事長 殿							

受 取 代 理 人 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こと。 ※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。 年 月 日						
	甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 TEL						
	受取代理人に対する 支払金融機関	銀行名		支店名			
		口座種別	普通・当座		口座番号		
口座名義（フリガナ）							