

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 円 差額 円					
	付加給付	円								
	合計	円								
資格 記録	資格取得日	年	月	日	◎この欄には記入しないでください。					
	資格喪失日	年	月	日	録		決定	年 月 日		
	認定日	年	月	日			備考 産科補償医療制度： 有・無			
	削除日	年	月	日						

◎この欄には記入しないでください。

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）

被保険者等

記号
番号

事業所名称

日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

出産予定者氏名

出産予定者生年月日

出産予定年月日

出産児の予定数

出産予定医療機関

名 称

所在地

【添付書類】→

資格喪失者

振込先口座

銀行名

支店名

口座番号

口座種別

普通・当座

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。

令和××年××月××日

住所

被保険者

氏名

電通健康保険組合理事長 殿

備考

受取代理人欄

申請者（電通 太郎）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（ ××病院 ）（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等に係る付加給付金）

令和 ××年××月××日

甲の住所

氏名

乙の所在地

名称

TEL

◎出産予定医療機関で受取代理請求制度に同意を得たうえで、医療機関、被保険者の双方で記名・押印してください。

受取代理人に対する支払金融機関

銀行名

××銀行

支店名

××支店

口座種別

普通 ・ 当座

口座番号

1234567

口座名義（フリガナ）

××病院（ハツパツビョウイン）