

支給 決議 書	支 給 額		円	資格取得年月日	年 月 日
	内 訳	法定	円	資格取得年月日	年 月 日
		附加	円		
	分 娩 年 月 日		年 月 日	出生数の数	単胎 ・ 多胎 () 児
備 考				生産・死産の別	生産 ・ 死産 () ヲ月

被 保 険 者 出産育児一時金・出産育児付加金請求書(受取代理用)
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号 100 番号 12345	② 被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎		
	③ 被 保 険 者 の 住 所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自 宅	000-000-0000	勤務先	111-111-1111	
	⑤ 出 産 予 定 年 月 日 ・ 数	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (単) ・ 多 (胎)				
	⑥ 被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑦ 分 娩 年 月 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	⑦ 家族が分娩するための 請求の場合はその者の	氏 名		⑧ 生 年 月 日	⑨ 続 柄	
		健保 花子		00年00月00日	妻	
	⑫ 振 込 希 望 口 座	〇〇 銀行	普通	0000000	フリガナ ケンポ タロウ 名義人氏名 健保 太郎	
		〇〇 支店	当座			
	⑪ 出 産 予 定 医 療 機 関 等	名称	〇〇産婦人科			
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2-2			

受 取 代 理 人 の 欄	甲 (健保 太郎) は、医療機関である乙 (〇〇産婦人科) を代理人と定め、次の権限を委任する。 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を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 甲 (被 保 険 者) の 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏 名 健保 太郎 乙 (代 理 人) の 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町2-2 氏 名 〇〇産婦人科				
	受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄				
	金 融 機 関 名	〇〇 銀行	普通	0000000	フリガナ 〇〇サンフジンカクリニック
		〇〇 支店	当座		口座名義 〇〇産婦人科クリニック
(備考欄)					

〔 注 意 事 項 〕

- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。
- (請求書不備の場合は除く)

【 個 人 情 報 保 護 に 関 し て 】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます