

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

東京アパレル健康保険組合 殿

申請年月日 令和 年 月 日

※ 被保険者
家族

出産育児一時金申請書（受取代理用）

健康保険

※「被保険者」「家族」の別は該当する文字を○で囲んで下さい
(申請上の注意)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			生 年 月 日		
	—			昭・平・令 年 月 日		
	被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)	事業 所の	名 称		
				所在地		
	被保険者 (申請者) の住所	(フリガナ)				
		電話番号 () 番				
	被扶養者が出産する ための請求であるとき は、その者の	氏 名		生 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
	入院する 医療機関の	名 称			出 産 予 定 日	
		所在地			令和 年 月 日	
	被保険者に対する支払金融機関の欄					
	金融機関名		店 名	預金種別	口 座 番 号	
銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 店 番	普通 当座 貯蓄				
			口座名義（カタカナで記入）			

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。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上限とする。 令和 年 月 日 甲（被保険者）の住所 氏名 乙（代 理 人）の所在地 名称 電話 ()					
	受取代理人に対する支払金融機関の欄					
	金融機関名		店 名	預金種別	口 座 番 号	
	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 店 番	普通 当座 貯蓄			
				口座名義（カタカナで記入）		

(備考) 受取代理を申請出来る人は、出産育児一時金または家族出産育児一時金の支給を受ける見込みがあり出産予定日まで2ヶ月以内である被保険者、または出産予定日まで2ヶ月以内である被扶養者をもつ被保険者です。

*受付日付印

(添付書類についての注意)

- (1) 書類に必要事項を記入し、母子健康手帳の写し（保護者の氏名と出産予定日の記載されたページ）を添付して提出してください。
- (2) 女性被保険者が当健保組合の資格を喪失した場合、現在加入の健康保険証のコピーを添付してください。