

(様式1)

(あて先) 青森県市町村職員共済組合 様

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	被保険者証	記号	111	番号	123
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済太郎 印		
		住所	〒 012-3456 (フリガナ) 〇〇シ××1-2-3 〇〇市××1-2-3 電話 090 (1234) 5678 ※日中連絡がとれるもの		
	生年月日	昭和 〇〇年 1月 2日			
	出産予定日・数	平成 〇〇年 7月 5日 単・多 (胎)			
	出産予定者	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済花子		
		生年月日	昭和 〇〇年 10月 10日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇サンフジンカイイン 〇〇産婦人科医院		
		所在地	〒 012-7890 (フリガナ) ××シ〇〇1-2-3 ××市〇〇1-2-3		
	申請者に対する支払金融機関	差額がある場合「給付金受取口座」へ送金しますので、 記入不要です。			
預金種別		番号	名義		
が記入するところ	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険に加入した産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。				
					該当する場合、記入してください。 出
	申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名	記号	番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名	記号	番号		
受取代理人の欄	申請者(共済太郎) (以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇産婦人科医院) (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。				
	平成 〇〇年 6月 15日	住所 〇〇市××1-2-3			
	甲の氏名 共済太郎 印	印			
	乙の所在地 ××市〇〇1-2-3	名称 〇〇産婦人科医院 印 電話 987 (654) 3210			
	受取代理人に対する支払金融機関	〇〇	銀行 信金 信組	〇〇	店・本店・支店 出張所
預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号 1234567	口座名義 (フリガナ) 〇〇サンフジンカイイン 〇〇産婦人科医院	

(備考欄)