

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

申請者（被保険者）が記入するところ	保険証	記号	番号		
	申請者（被保険者）の	氏名	(フリガナ)		生年月日
		住所	〒 -		昭和・平成 年 月 日生
	出産予定日・数	平成 年 月 日		単・多(胎)	
	出産予定者 申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ)		生年月日
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)		昭和・平成 年 月 日生
		所在地	〒 -		
	申請者に対する支払金融機関（ゆうちょ銀行不可）	銀行 金融 信組			店・本店 支店 出張所
		預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義 (フリガナ)
	出産する者が当組合の資格を取得（喪失）して6カ月未満であれば、以前（現在）加入の医療保険を記入				
健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、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。					
保険者名（健康保険組合/国民健康保険 など）		本人・家族の別	電話番号		
		本人 家族			
記号	番号	加入時の氏名	加入期間		
			~ 年 月 日 年 月 日		
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、付加給付相当額を含む）を上限とする。 平成 年 月 日				
	甲（被保険者）	住所	〒 -		
		氏名	朱肉印 印		
	乙（代理人）	住所	〒 -		
		電話 名称	朱肉印 印		
受取代理人に対する支払金融機関（ゆうちょ銀行不可）	銀行 金融 信組			店・本店 支店 出張所	
	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義 (フリガナ)	
(備考欄)					

セディナ健康保険組合

対象者：出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者又は被扶養者
 添付書類：氏名と出産予定日の分かる書類の写し（母子手帳、産科医療保障制度登録証 など）
 資格喪失後6ヶ月以内の出産に対する請求の場合は付加給付（3万6千円）の支給はしません。
 申請書受理後、医療機関等へ当組合より今後の手続きに関する案内文書を送付いたします。