

記入例（本人）

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) セディナ ハナコ	生年月日	昭和・平成 54年 12月 22日生	
		住所	〒 愛知県名古屋市区 町2-41			電話 ### (###) ####
	出産予定日・数	平成 23年 4月 13日 単・多(胎)				
	出産予定者 申請者と同じ場合は不要です	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
		名称	(フリガナ) セディナソウゴウビョウイン			
	出産予定医療機関等	所在地	〒 愛知県名古屋市区 町1-31-33			
		申請者に対する支払金融機関(ゆうちょ銀行不可)	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) セディナ ハナコ	店・本店	支店
					銀行	金融
				信組	出張所	
<p>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。</p>						
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	<p>申請者（セディナ花子）（以下「甲」という）は、医療機関等である（セディナ総合病院）（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事。 出産育児一時金の支給額（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、付加給付相当額を含む）を上限とする。 平成 23年 4月 1日</p>					
	甲（被保険者）	住所	〒 愛知県名古屋市区 町2-41			
		氏名	セディナ 花子			
	乙（代理人）	住所	〒 愛知県名古屋市区 町1-31-33			
		電話	###-###-###			
	名称	セディナ総合病院				
受取代理人に対する支払金融機関(ゆうちょ銀行不可)	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) セディナソウゴウビョウイン	
				店・本店	支店	
				銀行	金融	
				信組	出張所	

被保険者氏名と同じ名義の口座を記入。

該当であれば記入
他健保より受給していないが確認する為

被保険者が記入・印鑑

医療機関に記入・印鑑をもらってください。

セディナ健康保険組合

(備考欄)

対象者：出産予定日まで1ヶ月以内の被保険者又は被扶養者
 添付書類：母子手帳の写し（氏名と出産予定日の分かるページ）
 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。

記入例（家族）

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) セディナ 太郎	生年月日	54年 12月 22日生
		住所	愛知県名古屋市区 町2-41		
	出産予定日・数	平成 23年 4月 13日	単・多(胎)		
	出産予定者 申請者と同じ場合は不要です	氏名	(フリガナ) セディナ アケミ	生年月日	56年 5月 6日生
		名称	(フリガナ) セディナソウゴウビョウイン		
	出産予定医療機関等	所在地	愛知県名古屋市区 町1-31-33		
		申請者に対する支払金融機関(ゆうちょ銀行不可)	預金種別	口座番号	口座名義
		1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	××××	(フリガナ) セディナ ハナコ
	<p>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</p> <p>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。</p>				
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	
受取代理人の欄	<p>申請者（セディナ花子）（以下「甲」という）は、医療機関等である（セディナ総合病院）（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、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。</p> <p>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。</p> <p>出産育児一時金の支給額（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、付加給付相当額を含む）を上限とする。</p> <p>平成 23年 4月 1日</p>				
	甲（被保険者）	住所	愛知県名古屋市区 町2-41		
		氏名	セディナ 花子		
	乙（代理人）	住所	愛知県名古屋市区 町1-31-33		
		電話	***-***-*****		
	名称	セディナ総合病院			
受取代理人に対する支払金融機関(ゆうちょ銀行不可)	預金種別	口座番号	口座名義	店・本店	
1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄			支店 出張所	
				セディナソウゴウビョウイン	

被保険者氏名と同じ名義の口座を記入。

該当であれば記入
他健保より受給していないか確認する為

被保険者が記入・印鑑

医療機関に記入・印鑑をもらってください。

セディナ健康保険組合

(備考欄)

対象者：出産予定日まで1ヶ月以内の被保険者又は被扶養者
 添付書類：母子手帳の写し（氏名と出産予定日の分かるページ）
 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。