出産育児一時金請求書(受取代理用)

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

提出日 令和　　年　　月　　日

①被保険者記入欄

被保険者証の記号・番号	記 号		事業所(主)の所在地・名称	所在地	
	番 号			名 称	
被保険者(請求者)の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		被保険者(請求者)の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
被保険者(請求者)の住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 〒				
出産者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		出産者の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
出産予定日・数	令和　　年　　月　　日　　単・多 (　　胎)				
出産予定の医療機関	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 所在地 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 名 称				

(退職者のみ記入)	金融機関名	店名	種別	口座番号	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
振込希望金融機関		支店	普通・当座			

委任状

・出産費用が出産育児一時金より少なくて差額の給付手続きを事業主へ依頼する際必要ですので、必ず記入してください。
(退職者は不要)

医療機関へ支払う出産費用が出産育児一時金より少なかった場合の差額分について、私、被保険者は上記の事業所(主)を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

令和　　年　　月　　日　　〒

被保険者の住所

氏名

②受取代理人に関する欄

被保険者は、以下の医療機関を代理人と定め、次の権限を委任します。
被保険者が請求する出産育児一時金のうち、以下の医療機関が被保険者に対して請求する費用の額(上限は一児につき50万円)の受領に関すること。

令和　　年　　月　　日

〒

被保険者の住所

氏名

〒

代 理 人 の住所

氏名　　印　　電話　　(　　)

医療機関に対する	金融機関名	店名	種別	口座番号	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
支払金融機関		支店	普通・当座			

(備考欄)

・出産費用の窓口負担を軽減するために出産育児一時金を健保組合が医療機関に支払うための書類です。
・①と②に必要事項を記入　→医療機関で②に記入・捺印をもらう　→健康保険組合へ提出
・〔添付書類〕 母子手帳の“表紙”と“出産予定日を確認できるページ”の写し