

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

受取代理請求用

記入例

健康保険 **被保険者** 家族 出産育児一時金請求書

※出産費資金貸付制度を利用する場合は対象外です

ご確認ください

① 提出先・事業会社(本人)が記入するところ
 ② この申請書を提出するときは、振込先の預貯金通帳の写し等で銀行口座が確認できるものを必ず添付してください。
 ③ 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定の方は、現在加入している保険証の写しを添付してください。
 ④ 資格喪失後6ヶ月以内の出産予定の方は、現在加入している保険証の写しを添付してください。
 ⑤ 在職中に氏名変更の手続きをしていない場合は婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。

④健康保険証		⑤ 所属する事業会社		名称	ライク株式会社		任意継続被保険者の方は名称:「任意継続」と記入 所在地:記入不要	
記号	番号			所在地	大阪市北区角田			
7 0 0 0	1 1 1 1 1							
⑥被保険者の(請求者)名		(フリガナ) ライク ハナコ		⑧生年月日		⑨日中連絡のとれる電話番号		
ライク 花子				昭和 平成 令和 4 8 0 9 1 5		090-9999-9999		
⑩被保険者の(請求者)住所		郵便番号 (フリガナ) オオサカシキタクカクダチョウ		大阪市北区角田町0-0-0-503				
⑪出産予定年月日		⑫出生児の予定数	⑬出生年月日		⑭日中連絡のとれる電話番号			
平・令 3 1 0 3 3 1		単胎・多胎(児)	昭和 平成 令和					
⑮被保険者(本人)が出産予定の場合		健保等の名称		被保険者氏名		記号・番号		
		大阪府国民健康保険		ライク 花子		阪国北-123456		
⑯被扶養者(家族)が出産予定の場合		健保等の名称		本人・家族		加入期間★		
						昭・平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 ヶ月		
⑰出産する医療機関		名称		所在地		電話番号		
		江戸堀産婦人科医院		〒550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀8-8-8		06-6333-3333		
⑱支払金融機関の欄		名称		銀行		本店 出張所 支店 営業部		
		コスモス		梅田		支店コード 3 2 1		
預金種別		口座番号		口座名義人(請求者)		(カタカナで記入)		
1:普通		7 6 5 4 3 2 1		ライク ハナコ				

甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)、それぞれ記入のこと

甲(ライク 花子)は、医療機関等である乙(田中 一郎)を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は出産育児一時金等の医療機関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(上限50万円※産科医療保障制度対象の出産でない場合は48万8千円)の受領に関すること。 令和 1 年 5 月 1 日

甲(被保険者)の住所 〒 530-0013 大阪市北区角田町0-0-0-503
 氏名 ライク 花子

乙(代理人)の住所 〒 550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀8-8-8
 医療機関名 江戸堀産婦人科医院 電話番号 06-6333-3333
 氏名 田中 一郎

受取代理人の支払金融機関の欄

名称 パンジー 銀行 梅田 本店 出張所 支店 営業部

預金種別 1:普通 口座番号 8 8 9 9 8 8 口座名義人 タナカ イチロウ (カタカナで記入)

令和 1 年 5 月 7 日提出

- ① 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合に記入してください。
- ② 甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)、それぞれ記入が必要です。