

国民健康保険出産育児一時金受取代理申請書

年 月 日

加須市長 様

住所
申請者(世帯主) 氏名
電話番号

申請者が記入する欄	被保険者番号					
	出産予定日・数		年 月 日 単・多(胎)			
	出産予定者	(フリガナ)			生年月日	
					年 月 日	
	出産予定医療機関等	名称				
		所在地				
<p>出産予定者が出産予定日から6箇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、次に記載をお願いします。</p> <p>※ 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の被保険者であった方が被保険者資格喪失後6箇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>						
出産予定者が、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後6箇月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失された保険者名及び記号・番号		保険者名				
		記号	番号			

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、() (以下「乙」という。)を出産育児一時金の受取代理人と定め、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を上限とする。 年 月 日 甲の住所 氏名 乙の住所 名称 電話番号 ()				
	乙が指定する支払金融機関	金融機関名		種別	口座番号
		銀行 金庫 農協	支店	普通・当座	
		(フリガナ)			
口座名義人					

(備考欄)