

(別添様式1)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 内払金支払依頼書 (別添様)

被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇 — △△△	被保険者氏名	健保のぞみ
被保険者の現住所	〒〇〇〇 — 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇〇〇—〇〇 (電話 〇48 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇)		
事業所の名称	(医)〇〇病院	事業所の所在地	さいたま市〇〇区〇—〇—〇
分娩した病院	名称	(医)〇〇〇クリニック	
又は産院の	所在地	さいたま市〇〇区〇〇町〇—〇〇〇	
家族が分娩したときはその者の氏名			
出生児の生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
出生児の数	単胎・多胎(児)	生産・死産の別	生産・死産(妊娠週)

委任状	私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	1. 令和 年 月 日請求した出産育児一時金・付加金の受領に関すること。				
	令和 年 月 日				
	被保険者 (請求者)	住 所			
	代理 人	住 所			
	氏 名				
	氏 名				

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。 下記に記入があった場合は下記優先)
振込の銀行名	○○ 銀行 信用金庫 △△ 支店
口座番号	普通 ・当座 ○○○○○○○○○○○○○○
フリガナ	ケンボノゾミ
名義人氏名	健保のぞみ

添付書類について

1. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(出産日や単胎・多胎、受取代理額の記載のあるもの)のコピーを添付してください。(領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
 2. 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書(合意文書)のコピーを添付してください。
(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。)