

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 54××	番号 383	被保険者 (請求者)	秋田 理香		印
	被保険者(請求者) の現住所	〒112 - 0002		TEL	03 (3825) × × × ×		
	事業所の名称	いろはに株式会社					
	被扶養者が出産するた めの請求であるときは、 その者の	氏名		生年月日	昭和 平成 58年 7月 14日	出産予定日	平成 24年 6月 26日
	出産する予定の 医療機関	名称	江戸産婦人科				
		所在地	〒 112 - 0004		TEL	03 (3829) × × × ×	
	被保険者の出産が資格喪失後で あるときは現在の被保険者証の	保険者名(健保・国保等)			電話番号	記号・番号	
			()	.			
家族の出産が被扶養者と なってから6ヶ月以内のとき、 以前の被保険者証の	保険者名(健保・国保等)			電話番号	記号・番号		
				()	.		

受取代理人の欄(医療機関等)

甲 (秋田 理香) は、乙 (江戸産婦人科) を代理人と定め、次の権限を委任する。
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(※上限42万円)の受領に関する事。
平成 24年 4月 23日
甲(被保険者)の住所 〒112-0002 文京区小石川〇-〇-〇
氏名 秋田 理香 印
乙(代理人)の住所 〒112-0004 文京区後楽〇-〇-〇
氏名 江戸産婦人科 印
院長 江戸 俊之

受取代理人に対する支払金融機関の欄

※金融機関名	りそな銀行	本・支店名	本店 ・ 支店 (水道橋)
口座番号	(普通) ・ 当座 No. 433×××××	フリガナ	イトサンフジカ イト トシキ
		口座名義人	江戸産婦人科 江戸 俊之

受取代理人の欄(事業所)

被保険者に対する支払金融機関の欄

受領を委任するとき
本請求に基づく給付金(医療機関が受領する金額を除く)に関する権限を代理人に委任します。
平成 24年 4月 30日
被保険者氏名 氏名 秋田 理香 印
(請求者)
代理人の住所 〒101-0062 千代田区神田駿河台〇-〇
(口座名義人) 氏名 いろはに株式会社

※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。
〔 事業所担当者に
おたずねください。 〕

※金融機関名	みずほ銀行	本・支店名	本店 ・ 支店 (神田)
口座番号	(普通) ・ 当座 No. 123×××××	フリガナ	ケンホクグチ イロハニカフシキガイシャ
		口座名義人	健保口 いろはに株式会社

※ 記入・留意事項については、裏面をご覧ください。
※ 支払金融機関はゆうちょ銀行以外をご指定ください。

受付日付印