被保険者・家族　出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

被保険者が記入するところ

	記　号	番　号	氏　　名	事 業 所 名
① 被保険者の				

② 出産予定の医療機関	名　称	☎
	所在地	

③ 出産予定日	平成　　年　　月　　日	④ 予定胎児数	単 胎・多 胎（　　児）

⑤ 出産する方	氏 名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	続柄	

⑥ 出産した人が	セメント健保に加入して6ヶ月以内に分娩したとき	⇨ 以前に加入していた健保組合等の名称	
	セメント健保の資格を喪失してから6ヶ月以内に分娩したとき	⇨ 現在加入している健保組合等の名称	

⑦ 上記の健保組合等の	記 号	番 号	電話番号　（　　）

⑧ 上記の通り申請します。　平成　　年　　月　　日

被保険者の　住 所

氏 名　　㊞

セメント商工健康保険組合理事長　殿

受付年月日

⑨ 委任状

私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成　　年　　月　　日請求した上記の給付金の受領方を委任します。

平成　　年　　月　　日

被保険者の　住 所

氏 名　　㊞

代理人の（受領責任者）　住 所

氏 名　　㊞

銀行名　　銀行　　支店 出張所	種別　普通 当座	口座番号	名義人

受取代理人の欄

申請者（　　）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（　　）（以下「乙」という。）を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。

※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。

平成　　年　　月　　日

甲 の 住 所

氏 名　　㊞

乙 の 所在地

名 称　　㊞　　電話　（　　）

銀行名　　銀行　　支店 出張所	種別　普通 当座	口座番号	名義人

備考欄

セメント商工健康保険組合