

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	① 被保険者の	記 号	番 号	氏 名	事 業 所 名							
	② 出産予定の 医療機関	名 称				☎						
		所在地										
	③ 出産予定日	令和	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 被保険者の	上記の通り申請します。					令和	年	月	日	受 付 年 月 日		
	住 所											
	氏 名											
	セメント商工健康保険組合理事長 殿											
※	受領について (どちらかに✓)	☐ 事業所への委任払いを希望(委任状欄へ) ☐ 個人口座への振込を希望(振込先へ)										
⑨	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 年 月 日請求した上記の給付金の受領方を委任します。											
委 任 状	令和 年 月 日	被保険者の 住 所										
		氏 名										
	※委任払いの場合は 押印をお願いします	代理人の	住 所									
		(事業所)	氏 名									
振込先	銀行	支店 出張所	種別	普通 当座	口座 番号	名義人 (カタカナ)						

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。										
	令和 年 月 日										
	甲 の 住 所										
	氏 名										
	乙 の 所在地										
	名 称										
	☎ 電話 ()										
振込先	銀行	支店 出張所	種別	普通 当座	口座 番号	名義人 (カタカナ)					

備考欄
