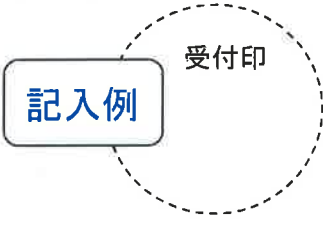


(様式1)



支 給 額		支 給 決 定 伺		
出産育児一時金		令和 年 月 日 決定		
		常務理事	事務長	担当者
出産育児付加金				
合 計				

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

◎申請書・添付書類の裏紙印刷及び写メ印刷は不可。消せるボールペンで記入した場合は、書き直しをしていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記号	10000			被保険者自署の場合は捺印省略可		
	申 請 者 (被保険者)	氏 名	(フリガナ)	キタガワ	ケイコ	白書の場合は捺印省略可		
				北川	啓子			
	住 所		〒106-0004 (フリガナ) トウキョウトミナトクアザブ					
			東京都港区麻布5-4-1-1111 電話 03 (5505) 9876					
	出 産 予 定 日 ・ 数	生 年 月 日	昭和・平成	2	年	4	月	25
出 産 予 定 者	氏 名	(フリガナ)						
*申請者と同一の場合は不要です。	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日			
出 産 予 定 医 療 機 関 等	名 称	(フリガナ) ハレルヤジョサンイン	ハレルヤ助産院					
	所 在 地	〒863-2001 (フリガナ) クマモトケンアマクサシアマクサヒガシムコウ	熊本県天草市天草東向2-2-2					
<p>申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 <small>※健康保険法第106条又は健康保険法第107条の規定により喪失した最後の保険者から出産した日</small> <small>※健康保険法第106条又は健康保険法第107条の規定により喪失した最後の保険者から出産した日</small> 申請者本人の退職等により、6か月以内に産することになる保険者名と記号・番号</p>								
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に入っていた保険者名と記号・番号			保険者名	記号	番号			
被保険者への振込が発生した場合の受領を			キリンビール(株)人事部長 ○○○			に委任します。		
令和 3 年 7 月 10 日			事業主で記入していただく欄					
(被保険者) 住所			東京都港区麻布5-4-1-1111					
氏名			北川 啓子					
受 取 代 理 人 の 欄	申請者(北川 啓子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(ハレルヤ助産院)(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。*							
	※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 3 年 6 月 30 日							
	甲 の 住 所		東京都港区麻布5-4-1-1111					
	氏 名		北川 啓子					
乙 の 所 在 地		熊本県天草市天草東向2-2-2						
名 称		ハレルヤ助産院 晴 歌子			電話			0969 (23) 0606
受取代理人に対する支払金融機関	熊本 銀行		天草 店・支店					
預金種別	1. 普通	口座番号	93128989		口座名義	(フリガナ) ハレルヤジョサンイン ハレウタコ ハレルヤ助産院 晴 歌子		
キリンビール健康保険組合 御中								
【添付書類】	母子健康手帳の氏名が記載されている						ページの写し。	
備考欄							調査印	
							南	
							事業所担当者印	

◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 ◇マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
 ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。