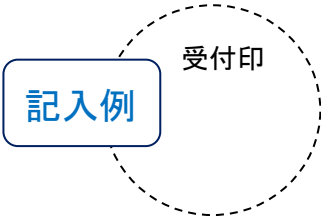


(様式1)



支 給 額		支 給 決 定 伺		
出産育児一時金		令和 年 月 日 決定		
出産育児付加金		常務理事	事務長	担当者
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	番号	123456	
	申 請 者 (被保険者)	氏 名	(フリガナ) キタガワ ケイコ 北川 啓子	〒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		
		住 所				
		生年月日	昭和・平成 2 年 4 月 25 日			
	出 産 予 定 日・数	令和 1 年 8 月 26 日 単 多 (胎)				
	出 産 予 定 者 *申請者と同じの場合は不要です。	氏 名	(フリガナ)			
		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			
	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。 ※健康保険法第106条又は健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出生した子の出生後6か月以内または申請者本人の退職等により、6か月以内に出生することになっている保険者名と記号・番号					
被保険者への振込が発生した場合の受領を		麒麟ビール(株)人事部長 ○○○		に委任します。		
令和 1 年 7 月 10 日		事業主で記入していただく欄		人事部		
(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※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金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 1 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 2. 当座	口座番号	92128989	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	
麒麟ビール健康保険組合 御中					調 査 印	
【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						

◇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、本人確認するための添付書類が必要です。)