

添付書類：出産予定日を確認できる書類（母子手帳の出産予定日掲載ページのコピー等）

### 出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

本人・家族

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		記号	番号	事業所名称	電話 ( )		
	出産者氏名		(生年月日：昭和・平成 年 月 日)					
	退職後に出産予定の場合は、現在加入している保険者名等を記入、扶養認定から6ヶ月以内に出産予定の場合は、以前加入していた保険者名等をご記入下さい。		保険者名 (健康保険組合等の名称)		出産予定日	令和 年 月 日		
			記号・番号					
	医療機関等 (受取代理人)		名称					
			所在地					
	支払先金融機関 (被保険者名義)							
	銀行				支店	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座名義	フリガナ			口座番号			
	上記のとおり申請します。 カルビー健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日 〒 - 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ ㊞ 電 話 ( ) _____							

受 取 代 理 に 関 す る 欄	甲 ( ) は、医療機関等である乙 ( ) 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 (付加相当額を含む) を上限とする。							
	令和 年 月 日							
	甲 (被保険者)		住 所 :					
			氏 名 :	㊞				
	乙 (医療機関等)		〒 -					
		住 所 :						
		医療機関名 :	㊞					
		電話番号 :	( )					
支払先金融機関 (受取代理人)								
銀行				支店	口座種別	普通 ・ 当座		
口座名義	フリガナ			口座番号				

受付目付印