

○この申請書を受付けた時は、当健康保険組合より「受取代理申請受付通知書」を送付します。

○分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩請求書および出産証明書類の写しを速やかに、当健康保険組合へ提出ください。

1. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この欄の太線・枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
 （修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）

① 出 産 予 定 者 氏 名		② 出 産 予 定 日		令和	年	月	日
申請者の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師・助産師氏名 電話番号							
振 込 先	金 融 機 関	金融機関コード	銀行・金庫・信組・その他				
		店 番 コ ー ド	本店・支店・出張所				
		預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
		口 座 名 義 (カ ナ)					