

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）請求書(事前申請用)

保険証 記号番号	記号 番号	所属名			
被保険者の氏名			被保険者の 生年月日 年 月 日		
被扶養者が出産するための 請求であるときはその者の 氏名・生年月日	氏 名		生 年 月 日		
			年 月 日		
出産する医療機関 の 名称所 在 地	名 称				
	所在地				
※ 任継・臨時社員の方は振込先を記入してください。それ以外の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。 ※ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。					
振込先	金融機関名			本支店名	
	貯金種別		口座番号		口座名義 (カタカナ)
	☐	公金受取口座（口座情報の反映には登録から数日を要します。）			
備 考					
上記のとおり事前申請します。 年 月 日 〒 住所(住民票) 被保険者の 氏 名 四電工健康保険組合理事長 殿					

被保険者である は医療機関である を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者が請求する出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)の うち医療機関が被保険者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。 年 月 日 〒 被保険者の 住所(住民票) 氏 名 TEL 〒 代 理 人 の 住 所 氏 名 TEL (郵便番号、住所、氏名、TELは必ず記入してください。)					
※代理人が受け取る場合には、公金受取口座を利用できません。					
振込先	金融機関名			本支 店名	
	貯金種別	口座番号		口座 名義	
備 考					

(注意事項)
★出産予定日がわかる、母子健康手帳の写し又は出産予定日を証明する書類を添付してください。
★なお、支払日は月末払（当月10日締）とします。