

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

受取代理制度利用に伴う出産育児一時金・付加金支給申請書

【東芝健保提出用】

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		
----------------------	--	--

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

申請者記載欄	会社名	被保険者証						被保険者氏名						
		記号	番号											
	所属													
		生年月日	S	H	年	月	日							
	資格取得日	S	H	R	年	月	日	資格喪失日	H	R	年	月	日	出産資金貸付金の有無(有・無)
	出産予定日	H	R	年	月	日	単胎・多胎(出産児数: 人)		直接支払制度利用の有無(有・無)					
	出産予定者名	S・H・R 年 月 日生					被保険者との続柄		扶養認定日: S・H・R 年 月 日 ※家族(被扶養者)の場合のみ。					
	出産予定医療機関等名称(受取代理人)						電話:							
	●被保険者(本人)の出産予定日が、東芝健保の資格喪失から6ヵ月以内である場合、出産当時加入の健保組合を以下に記入。 ●被扶養者(家族)の出産予定日が、東芝健保に扶養認定から6ヵ月以内である場合、6ヶ月前に加入の健保組合を以下に記入。													
	健保組合の名称			電話			記号		番号		被保険者の氏名			
●受取代理人の受領額が、出産育児一時金等の支給上限額に達しなかった場合の差額の振込先(被保険者名義)を以下に記入。														
ゆうちょ銀行不可					普通口座番号		フリガナ							
銀行			支店		当座		名義人							

受取代理に関する委任状欄	申請者記載欄	申請者[](以下、甲という)は、医療機関等である[](以下、乙という)を代理人と定め、甲が貴健保組合に請求する出産育児一時金・出産育児一時金付加金のうち、乙が甲に対して請求する上記の出産に関する費用の額の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所(〒) 氏名										
	分娩機関記載欄	乙(分娩機関)の所在地(〒) 名称										
	受取代理人の振込先	ゆうちょ銀行不可		普通口座番号		フリガナ						
		銀行		支店		当座		名義人				
申請者記載欄	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 電話: 東芝健康保険組合 御中											

【注意事項】

- 本申請は、厚労省に受取代理制度導入を認可された一部の分娩機関での出産を予定される方に限られます。また、出産育児一時金の直接払制度および出産資金貸付金を利用する場合は、本申請はできません。
- 「受取代理に関する委任状欄」については、分娩機関発行の『出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)』を添付しても可。ただし、受取代理人等の振込先は、必ず、ゆうちょ銀行以外の金融機関を指定してください。
- 本申請は、出産予定日の2ヶ月前未満以降、事業主健保担当経由で提出ください(特選・任継は健保に直送)。

健保記載欄		受取代理人への支給額	被保険者への支給額	合計	支給日
	法定	円	円	円	令和
	付加	円	円	円	
	合計	円	円	円	備考
	支払先コード			-	

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。