

被保険者(本人)・被扶養者(家族) 出産育児一時金等請求書(受取代理用)

ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。この申請書は、出産育児一時金の申請を円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしております。個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。

個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。「留意事項」

- 1. 対象者.....①出産予定日まで2ヶ月以内の被保険者(本人)及び被扶養者(家族)を有する方
②出産育児一時金又は家族出産育児一時金を受ける見込みの方で直接支払制度を利用されない方
2. 申請方法... 出産育児一時金請求書(受取代理用)に医療機関等に受取代理の欄を記入して頂き、母子健康手帳又は、出産予定日を証明する書類を添付の上申請して下さい。
3. 医療機関等とシャープ健康保険組合の間において、分娩に関する証明および分娩費用に関する情報等の提供を行いますのであらかじめご了承ください。
4. 受取代理人である医療機関以外で分娩することとなった場合は、速やかにシャープ健康保険組合へ申し出て下さい。

被保険者の保険証記号・番号 (記号) (番号) 所属名 (勤務地 八尾)
以下を通り請求いたします。 〒545-8522
シャープ健康保険組合 殿 被保険者 住所 \*\*\*市\*\*\*区\*\*\*町\*\*番\*\*号
令和 1年 8月 15日 氏名 健保太郎 印
被扶養者(家族)が出産の場合 氏名・生年月日 出産予定日 / 予定人数
氏名 健保花子 生年月日 S・H・R 1年 7月 7日 令和 1年 10月 10日 / 単・多(胎)
出産予定の医療機関の名称及び住所・電話番号 名称 ○○県立○○病院
住所 〒 - ○○県○○市○○町1丁目2-3 電話番号 0742-44-9999

受取代理に関する欄
申請者(健保太郎) (以下甲という。)は、医療機関等である乙(○○県立○○病院) (以下乙という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。甲は、出産育児一時金の医療機関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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用
令和 1年 8月 15日
甲(被保険者)
氏名 健保太郎 印
医療機関の記入欄
乙(代理人)
住所 〒( ) 電話番号
医療機関コード
医療機関名 代表者名 印
受取代理人の指定金融機関
金融機関名 店名 口座名義人 店番・預金種別・口座番号
(フリガナ: ) (フリガナ: ) (フリガナ: ) 店番号:
預金種別: 当座・普通
口座番号:
\*該当金融機関に○をつけて下さい \*該当に○をつけて下さい
銀行・信用金庫・信用組合 本店・支店・出張所

医療機関様へ 1. シャープ健康保険組合がこの請求書を受付後、貴医療機関宛に「受取代理請求書の受付について(連絡)」と、「分娩費請求書等(写)の送付について」を送付しますので、住所・医療機関名・電話番号等を漏れなく記入して下さい。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、シャープ健康保険組合より送付の「分娩費請求書等(写)の送付について」に、分娩費請求書の写し(産科医療保障制度加入機関のスタンプのあるもの)と出産証明書類の写しを添付してシャープ健康保険組合へ送付下さい。
3. 出産育児一時金のお支払は、毎月15日締切りで、翌月末日にお支払い致します。

健保記入欄
常務理事 事務長 課長 担当 申請年月日 / 管理番号 (事業主受付印) (健保受付印)
令和 年 月 日
NO.
資格関係確認欄 S・H・R 年 月 日取得・S・H・R 年 月 日喪失