

被保険者・家族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

日本電気健康保険組合 御中

被保険者証 記号・番号	記号	番号	会社名	TELNET - -		
	平成 年 月 日	所属	メールNo.	-		
氏名	印		自宅住所 〒	TEL - -		
生年月日	昭和・平成 年 月 日		在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。			
出産予定日	平成 年 月 日	単・多(胎)	出産のために 入院する病院等	所在地	医療機関名	
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ	続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日		
	氏名		昭和 年 月 日	昭和 年 月 日		
出産者が被扶養者(家族)の場合						
家族がNEC健保に被扶養者として認定された日から6か月以内に出産予定のときは記入してください。						
家族がNEC健保の被扶養者と認定される前に加入していた				記号	番号	
健康保険等の名称				健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険		
所在地				資格取得日 昭和・平成 年 月 日		
電話 ()				脱退日 平成 年 月 日		
出産者が被保険者(本人)の場合						
退職予定者または退職後に請求するときは記入してください。						
退職年月日	金融機関名	口座番号	フリガナ			
平成 年 月 日	銀行 (普通)	名義				
	支店	口座名義は請求者ご本人のものに限ります。				
NEC健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している)				被保険者	フリガナ	
健康保険等の名称				健康保険組合 社会保険事務所 国民健康保険		
所在地				氏名		
電話 ()				記号	番号	
				資格取得日 平成 年 月 日		
				扶養年月日 平成 年 月 日		

受取代理人の欄	被保険者である甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。 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額の受領に関すること。					
	平成 年 月 日	甲(被保険者) 住所				
		氏名 印				
		乙(代理人) 郵便番号 〒 -				
	住所					
	医療機関名 印					
	TEL -					
受取代理人に対する支払金融機関の欄						
金融機関名	店名	預金種別	口座名義(フリガナ)	口座番号		

事業主記入欄	平成 年 月 日	事業所名	
	上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。		
		事業主名 (代理人)	印

健康保険組合記入欄	資格取得日 昭和・平成 年 月 日	資格喪失日 平成 年 月 日					
	代理人への確認	代理人支払 円		備考			
	受付のご案内送付	本人支払額 円					
	平成 年 月 日	承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当
請求書受付						受付年月日	
平成 年 月 日							