

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
〇〇〇	〇〇	〇〇〇	NEC〇〇〇〇〇	8-〇〇〇-〇〇〇
氏名	健康 ☆男	健康	所属	〇〇〇〇事業部
生年月日	昭和・平成 〇年 〇月 〇日		自宅住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇
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。			所在地	〇〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇
出産予定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	単・多(2胎)	入院する病院等	医療機関名 〇〇〇病院
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ ケンコウ 〇〇〇 氏名 健康 〇枝	続柄	生年月日	NEC健保扶養認定日
		妻	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇日	昭和 平成 〇〇年 〇月 〇日
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				
健康保険等の名称	健康保険等の名称		資格取得日	昭和・平成 年 月 日
所在地	所在地		脱退日	平成 年 月 日
電話	電話			
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	銀行 支店	口座番号	口座名義	口座名義は請求者ご本人のものに限ります。
本人が出産の場合で退職後の出産のとき記入してください。				
また、在職中の出産でも退職予定の方は銀行口座を記入してください。				
健康保険等の名称	フリガナ	フリガナ	資格取得日	平成 年 月 日
所在地	氏名	氏名	扶養年月日	平成 年 月 日
電話	記号	番号		

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) 氏名 印			
	甲は被保険者が記入・押印してください。				
	乙(代理人) 郵便番号 〒	乙は医療機関等で記入・押印の必要があります。			
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	事業主名(代理人) 印
	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(会社)の証明欄です。			

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
請求書受付	平成 年 月 日			主任
				担当
				受付年月日