

※ 支給 支払 決議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日					常務理事	事務長	担当者	
	決 済 年 月 日	令和 年 月 日								
	支 給 金 額 A + B	百万	拾万	万	千	百	十	円		
	支 給 金 額 内 訳	A 本人支給額					円	取 得 年 月 日	平・令 年 月 日	
		B 病院支給額					円	喪 失 年 月 日	令和 年 月 日	
	産科医療補償制度加入有無	有・無					出 産 種 別		単胎・多胎	
備 考								受付日付印		

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険¹ 被保険者
家族 出産育児一時金・付加金請求書 (受取代理制度用)

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	2 被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	-			3 被 保 険 者 氏 名						
	4 被 保 険 者 の 現 住 所	〒									Tel
	5 資 格 を 取 得 した 年 月 日	平・令 年 月 日			6 出 産 する 者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	7 出 産 予 定 年 月 日	平・令 年 月 日			8 出 生 予 定 児 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)					
	9 出 産 予 定 医 療 機 関	名称			所在地						
	10 上記6で「出産する者が被扶養者(家族)」の場合は、その者の氏名と生年月日を記入してください。	被 扶 養 者 氏 名									
		生 年 月 日			昭・平 年 月 日						
	11 上記10の者は、当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい、6か月以内の出産です <input type="checkbox"/> いいえ違います									
	12 上記11で「はい、6か月以内の出産です」と答えた場合、当組合に加入する前に加入していた保険者について記入してください。	12-A			保険者名称						
		12-B 同一の出産について、上記12-Aの保険者より出産育児一時金の支給について			<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない						
	13 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名			支店名						
		口座番号 (普通預金)			口座名義人 (カタカナ)						

【注意事項：申請者(被保険者)殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)の署名が必要となります。

受 取 代 理 に 関 す る 欄	14 甲は医療機関等である乙を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が請求する出産育児一時金および同付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 ^{※1} または ^{※2} の受領に関する事。また、甲は出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 ※1 産科医療補償制度加入医療機関：一児につき上限550,000円(法定500,000円 ^{※3} +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ ※2 産科医療補償制度未加入医療機関：一児につき上限538,000円(法定488,000円 ^{※3} +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ 令和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 氏 名 代 理 人 住 所 (医療機関等) 氏 名									
	15 振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名			支店名					
			口座番号 (普通預金)			口座名義人 (カタカナ)				

【注意事項：申請者(被保険者)および代理人(医療機関)殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)または代理人(医療機関)の署名が必要となります。