

|                          |  |                 |   |          |       |  |
|--------------------------|--|-----------------|---|----------|-------|--|
| ※<br>支給<br>支払<br>決議<br>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        | <b>出産育児一時金(受取代理制度用)<br/>記入例 (被保険者本人が出産した場合)</b> |          |       |  |
|                          | 支給金額<br>A+B  | 百万 拾万 万 千 百 十 円 |   |          |       |  |
|                          | 支給金額内訳   | A 本人支給額         |   | 令和 年 月 日 |       |  |
|                          |  | B 病院支給額 円       |   |          |       |  |
|                          | 産科医療補償制度加入有無   | 有・無             |   | 出産種別     | 単胎・多胎 |  |
| 備考                       | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <b>当組合記入欄</b> </div> |                 |   |          |       |  |

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 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<br>保<br>險<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 2 被保険者の<br>記号・番号  | 321 - 87654   | 4 被保険者氏名                       | 健保 桜   |   |
|   | 4 被保険者の<br>現住所  | 〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123<br>Tel 080-1111-0000   |                                |  |   |
|   | 5 資格を取得<br>した年月日  | 平・令 2年 4月 1日  | 6 出産する者                        | <input checked="" 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 3年 4月 7日  | 8 出生予定児数                       | <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)      |   |
|   | 9 出産予定医療機関  | 名称 <b>★★★病院</b>   | 所在地                            | 東京都港区●●●7-8-9  |   |
|   | 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<br>氏名と生年月日を記入し           | 被扶養者氏名  |                                | 年 月 日  |   |
|   | 11 上記10の者は、当組合に   | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <b>被保険者が記入してください<br/>※記入漏れのないようにお願いします</b> </div> |                                | <input type="checkbox"/> いいえ違います   |   |
|   | 12 上記11で「は<br>12-A 合、当組合に加入する前に加入していた保険者について<br>記入してください。 |   |                                | 記号・番号  | - |
|   | 12-B 同一の出産について、上記12-Aの保険者より出産育<br>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<br>※被保険者本人名義                                   | 金融機関名 <b>●▲■銀行</b>  | 支店名 <b>▲■★支店</b>               |  |   |
|   |   | (普通預金)<br>口座番号 <b>7654321</b>   | (カタカナ)<br>口座名義人 <b>ケンポ サクラ</b> |  |   |

【留意事項：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<br>取<br>代<br>理<br>に<br>関<br>す<br>る<br>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。<br>甲が請求する出産育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 <sup>※1</sup> または <sup>※2</sup> の受領に<br>関すること。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。<br>※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 <sup>※2</sup> +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ<br>※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 <sup>※3</sup> +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ<br>令和 2年 5月 8日<br>被保険者 住所 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123<br>氏名 健保 桜<br>代理人 住所 東京都港区●●●7-8-9<br>(医療機関等) 氏名 ★★★病院 |                                 |                  |  |
|   | 15 振込先指定口座<br>※代理人名義   | 金融機関名 <b>■▲●銀行</b>              | 支店名 <b>★■▲支店</b> |  |
|   | (普通預金)<br>口座番号 <b>1111111</b>  | (カタカナ)<br>口座名義人 <b>★★★ビヨウイン</b> |                  |  |

【留意事項：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。

|                          |              |          |    |   |   |   |   |       |          |
|--------------------------|--------------|----------|----|---|---|---|---|-------|----------|
| ※<br>支給<br>支払<br>決議<br>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 |    |   |   |   | 家族出産育児一時金(受取代理制度用)<br>記入例 (被扶養者家族が出産した場合) |       |          |
|                          | 支給金額<br>A+B  | 百万       | 拾万 | 万 | 千 | 百 |   |       |          |
|                          | 支給金額内訳       | A 本人支給額  |    |   |   |   |   |       |          |
|                          |              | 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 <sup>1</sup> 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<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 2 被保険者の<br>記号・番号                                       | 123 - 45678  | 4 被保険者氏名       | 健保 拓哉  |                |
|   | 4 被保険者の<br>現住所   | 〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123<br>Tel 080-1111-0000                              |                |  |                |
|   | 5 資格を取得<br>した年月日                                       | 平・令 2年 4月 1日   | 6 出産する者        | <input checked="" 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 3年 4月 7日   | 8 出生予定児数       | <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)      |                |
|   | 9 出産予定医療機関   | 名称 ★★★病院   | 所在地            | 東京都港区●●●7-8-9  |                |
|   | 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<br>氏名と生年月日を記入してください。  | 被扶養者氏名   | 健保 桜           |  |                |
|   |  | 生年月日   | 昭・平 5年 10月 20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 checked="" type="checkbox"/> いいえ違います |                |  |                |
|   | 12 上記11で<br>12-A 合、当組合<br>て記入して<br>12-B 同一の出産<br>児一時金の | 被保険者が記入してください<br>※記入漏れのないようお願いします  |                |  |                |
|   | 13 振込先指定口座<br>※被保険者本人名義                                |  |                |  | 金融機関名          |
|   |  | 口座番号   | (普通預金) 1234567 | 口座名義人  | (カタカナ) ケンポ タクヤ |

【留意事項：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<br>取<br>代<br>理<br>に<br>関<br>す<br>る<br>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。<br>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 <sup>※1</sup> または <sup>※2</sup> の受領に<br>関すること。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。<br>※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 <sup>※2</sup> +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ<br>※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 <sup>※3</sup> +付加50,000円) ※資格喪失後の出産は法定給付のみ<br>令和 3年 3月 8日<br>被保険者<br>代理人<br>(医療機関等) | 医療機関等に受取代理制度利用<br>の同意を得てください。 |       |                 |
|   | 15 振込先指定口座<br>※代理人名義   |                               |       |                 |
|   | 口座番号   | (普通預金) 1111111                | 口座名義人 | (カタカナ) ★★★ビョウイン |

【留意事項：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。