

〔記 入 例〕

(様式1)

(あて先) 北海道都市職員共済組合 様

出産費等支給申請書 (受取代理用)

申請者 (組合員) が記入する ところ	組合員証	記号	北都市 ○	番号	XXXX	号	
	申請者(組合員) <small>※申請者は組合員となります。</small>	氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ ○ ○ ○ ○				
		住所	〒 XXX-XXXX (フリガナ) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○市○○町×丁目×-×-×	電話 XXXX (XX) XXXX			
		生年月日	昭和XX 年 X 月 X 日				
	出産予定日・数	令和X 年 X 月 XX 日 単・多(胎)					
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ ○ ○ ○ ○				
		生年月日	昭和XX 年 X 月 X 日				
	出産予定医療機関等	氏名	(フリガナ) ○○○○ピョウイン ○○○○○病院				
		所在地	〒 XXX-XXXX (フリガナ) ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○市○○町×丁目×-×-×	電話 XXXX (XX) XXXX			
	申請者に対する支払金融機関	○○○○		銀行 金庫・信組	○○○○	店・本店 支店・出張所	
預金種別	普通	口座番号	XXXXXXXX	口座名義	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ ○ ○ ○ ○		
<p>申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。</p> <p>※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</p>							
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名				
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			記号	番号			

受取代理人の欄	<p>申請者 () (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。</p> <p>甲が請求する出産費等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。</p> <p>※出産費等の支給額を上限とする。</p> <p>令和 XX 年 XX 月 XX 日</p>					
	甲の住所	○○市○○町×丁目×-×-×	申請者が署名してください。			
	氏名	○ ○ ○ ○				
	乙の所在地	○○市○○町×丁目×-×-×				
	名称	○○○○○病院	電話	XXXX (XX) XXXX		
受取代理人に対する支払金融機関	○○○○		銀行 金庫・信組	○○○○	店・本店 支店・出張所	
預金種別	普通	口座番号	XXXXXXXX	口座名義	(フリガナ) ○○○○ピョウイン ○○○○○病院	

(備考欄)