

受付	支 部	国保組合

通知

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

私は、国民健康保険の出産育児一時金(上限 42 万円)の受領に関する権利を下記代理人に委任致します。但し、下記代理人が私に対して請求する出産に関する費用の額が、出産育児一時金の支給額を下回った場合には、その差額を先に届け出たゆうちょ銀行口座届により指定した口座へ振り込んでください。

また、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払い制度は利用しません。

※太枠内は申請者が記入し、記入を訂正した場合には訂正印を押してください。 平成 年 月 日

（組合員記入欄）

被保険者証 記号・番号	9 1 -	組合員名 (申請者)	印
住 所	(〒 -)	TEL ()	
出産(予定)者 氏 名		生年月日	昭平 年 月 日
出産(予定)日 出産(予定)人数	平成 年 月 日 一人 ・ 双子以上 (人)	資格取得日	昭平 年 月 日
※ 資格取得日から出産(予定日)までの期間が6カ月(以内 ・ 以上)である。			

↓※6カ月以内である時は必ず記入してください。↓

前 保 険 加 入 状 況	保険種類 (いずれかに○を付けてください)	保険名称 (会社名)	()
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	記号・番号	
	<input type="checkbox"/> 社会保険(本人加入)	加入時氏名(旧姓)	
	<input type="checkbox"/> 社会保険(扶養加入)	資格取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 無 保 険		年 月 日 ~ 年 月 日

※前保険に関して、出産(予定)日前1年間の間に複数の健康保険に加入されていた場合は前々保険の確認が必要となる場合があります。その際は国保組合 給付課 (TEL 03-5348-2985) までお問合せください。

支給される金額は、下記指定口座にお振込ください。 平成 年 月 日

（代理人記入欄）

医療機関等名				
医療機関番号 ※ない場合は記入不要				
代理人	(住所) (〒 -)	TEL ()		
	(氏名)	印		
振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
			1:普通 2:当座 3:貯蓄	
	(フリガナ)			
	口座名義			