

被保険者
家族

【受取代理】 出産育児一時金申請書 (事前申請)

<注意>

- 事前申請は出産予定日まで2ヶ月以内に提出ください。
- 出産予定日を証明する書類を添付してください。

年 月 日提出

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		
生年月日	年 月 日		事業所名称		
被保険者住所	〒				
出産予定日	年 月 日		出生児の数	単胎・多胎(児)	
出産予定者氏名	続柄		生年月日	年 月 日	
出産予定医療施設等	名称				
	所在地	〒			
希望振込先	銀行		支店	普通当座	口座番号
(任意継続の方は記入不要。任意継続資格取得申請書に記入した口座に振込します)	口座名義(カタカナ)				

受取代理人	申請者 () (以下「甲」という。)は、医療機関である () (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、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(* 上限50万円)の受領に関すること。			
	年 月 日			
	住所 甲【被保険者】氏名 電話 ()			
	所在地 乙【代理人】名称 電話 ()			
振込希望口座	銀行	支店	普通当座	口座番号
(カタカナ) 口座名義				

※ 次の場合には下欄に記入が必要です

A) 被保険者(女性社員本人)が退職後、6ヵ月以内に出産したとき …… 被保険者が現在加入している健康保険についてご記入ください

B) 被扶養者(妻・娘)が当健康保険組合の扶養認定後、6ヵ月以内に出産したとき …… 被扶養者(家族)が以前に加入していた健康保険についてご記入ください

前加入保険	1.健康保険組合 2.全国健康保険協会 3.国民健康保険 4.共済組合	名称			
		所在地	〒		
	※上記該当番号を選択	(前)健康保険証	記号	番号	
	1. Aに該当(資格取得日を記入) 2. Bに該当(資格喪失日を記入) ※上記該当番号を選択	年 月 日		備考	
上記の通り申請いたします。また、エイベックス・グループ健康保険組合に情報提供することに同意いたします。					
年 月 日					
出産者氏名					

※出産育児一時金請求により取得した個人情報は、利用目的を特定しており、目的の範囲を超えての利用は致しません。

