

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の2ヶ月前までにご提出ください。
- 出産予定日を証明する書類を添付してください。

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名
生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所名称
被保険者住所	〒 -		
出産予定日	令和	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	昭和 平成
出産予定医療施設等	名称	〒 -	
	所在地	〒 -	
希望振込先 <small>(任意継続の方は記入不要 任意資格取得申請書に 記入した口座に振込します)</small>	銀行	支店 普通 当座	口座番号
	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。 令和 年 月 日		
	住所		
	甲 【被保険者】氏名 電話番号 () 所在地		
	乙 【代理人】名称 電話番号 ()		
振込希望口座	銀行	支店 普通 当座	口座番号
	口座名義(カタカナ)		

※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ヶ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ヶ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	被保険者等	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	令和 年 月 日	備考		
上記のとおり申請いたします。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。 令和 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。

