

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月

【退職者用】

出一時(受取代理)

被保険者(本人) 被扶養者(家族) 出産育児一時金 請求書(受取代理用)

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	-						被保険者氏名	フリガナ				
	出産予定者氏名	フリガナ						出産者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	
	出産予定の医療 機関等の名称・ 住所・電話	名称	(旧姓: )						<input type="checkbox"/> 帝王切開の予定( 年 月 日)				
		住所	( 〒	—	)	出 産 予 定 日	電話	( )	単胎・多胎 の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
	上記のとおり請求し、直接支払制度は利用しません。下記医療機関等を受取代理人と定め、次の権限を委任します。 「出産育児一時金のうち、下記医療機関等が委任者に対して出産 に関し請求する費用の額の受領に関すること。」							資 格 喪 失 ( 予 定 ) 者 記 入 欄	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。				
	平成 年 月 日 ( 〒 — )	※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)											
	住 所	(フリガナ)			(フリガナ)								
	被保険者氏名 (請求者氏名)	(金融機関コード)			(店番コード)								
	電 話 ( )	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input 3"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> <input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所											
		普通	フリガナ										
	口座番号	名 義											
	※請求者名義の口座に限る												
<p>&lt;下記に該当する場合の記入欄 (他健保発行の出産育児一時金不支給証明書の添付があれば記入不要)&gt;          出産者が被保険者で、パナソニック健保の資格喪失後、6ヵ月以内に出生した場合・・・出産者(被保険者)の出産時の健康保険について記入          出産者が被扶養者で、パナソニック健保の被扶養者認定後、6ヵ月以内に出生した場合・・・出産者(被扶養者)の以前加入していた健康保険について記入</p>													
保 險 者 名 称 ( 健 康 保 険 )	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共 済 組 合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険						被 保 險 者 証 の 記 号 ・ 番 号		-				
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部						保 險 者 電 話 ( 健 康 保 険 )	( )					
被 保 險 者 証 の 事 業 所 名							被 保 險 者 証 の 事 業 所 電 話	( )					

受 取 代 理 人 記 入 欄	上記出産予定者(平成 年 月 日出産予定)の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。										
	平成 年 月 日	住所(所在地)									
	受取代理人	医 療 機 関 名			代 表 者 名 ( )						
		電 話 ( )									
金融機関名	金融機関コード( )			店番コード( )			口 座 種 別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 貯蓄		
口 座 番 号				口 座 名 義 (カナで記入)							

健 保 記 入 欄	SEQ	本人・家族	出生人数	産保制度	出生年月日	医療機関報告	請求書等到着日
		本・家	人	有・無	年 月 日	/	/
支給決定額		円 ( 医療機関		円、被保険者		円 )	

<添付書類>  
母子健康手帳(写) (「保護者氏名」が記載された表紙と「分娩予定日」が記載された妊娠中の経過のページ)