

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
					記入例

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 事業所担当者 氏名 電話

被保険者証の記号・番号	9 1 - 7 6 5 4 3 2 1	被保険者氏名	フリガナ ホケンヤスコ 保健 保子
出産予定者氏名	フリガナ ホケンヤスコ 保健 保子 (旧姓: 給付)	出産者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 5 4 年 1 2 月 1 7 日生 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 帝王切開の予定(平成27年 3 月 20 日)
出産予定の医療機関等の名称・住所・電話	名称 東京〇〇病院 (〒160-〇〇〇〇) 住所 東京都〇〇区〇〇町〇〇1-2-3	出産予定日	平成27年 3 月 20 日 単胎・多胎の別 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
		電話	0 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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。」

平成 2 7 年 1 月 1 日
(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

被保険者氏名(請求者氏名) **保健 保子** (印)

電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

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。

※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)

(フリガナ)	(フリガナ)
(金融機関コード)	(店番コード)
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店
普通	
口座番号	

他健保とパナソニック健保の両方から出産育児一時金を受給できないので、確認のため、該当すれば必ず記入
※請求者名義の口座に限る

＜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)＞

出産者が被保険者で、パナソニック健保の資格喪失後、6ヵ月以内に出産した場合・・・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ヵ月以内に出産した場合・・・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

保険者名称(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	被保険者証の記号・番号	-
<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部	()	保険者電話(健康保険)	()
被保険者証の事業所名		被保険者証の事業所電話	()

上記出産予定者(平成 27 年 3 月 20 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 2 7 年 1 月 2 0 日 住所(所在地) **東京都〇〇区〇〇町〇〇1-2-3**

受取代理人 医療機関名 **東京〇〇病院** (東京)

代表者名 **東京 二郎**

電話 **0 3 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇**

金融機関名	金融機関コード(〇〇〇〇) 〇×〇× <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組	店番コード(△△△) △□ <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	口座種別 <input checked="" 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	9 8 7 6 5 4 3	口座名義(カナで記入)	トキヨウ〇〇ビヨウインインチョウトウキョウジロウ

この請求内容が正しいことを証明します。
被保険者に対する差額が発生した際の給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

平成 年 月 日 事業所所在地

受任者 事業所名称

事業主氏名

資格取得日 年 月 日

資格喪失日 年 月 日

健保記入欄	SEQ	本人・家族	出生人数	産保制度	出産年月日	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)