受取代理用

添付資料
□母子手帳の写し
（手帳の表紙と出産予定日が明記されているページ）

「健保マイポータル」の登録が必要です。
申請前に登録状況をご確認ください。

ご出産の被保険者及び被扶養者の方を対象に、「育児書」をお届けします。ご希望の方は右欄に○印を ご記入下さい。	

被保険者
家　　族

出産育児一時金・付加金請求書（受取代理用）

被保険者の記入欄

①被保険者等記号番号	記号		番号		②所属会社（事業所）	
③被保険者	自宅住所	〒				
	氏名					
	携帯電話					
	e-mail					
④出産予定者の氏名（③と異なる場合）				⑤出産予定者の生年月日	年　月　日	
⑥出産予定日	年　月　日					
⑨出産予定医療機関	名　称					
	所在地					
⑧振込先（被保険者名義の口座を指定）	銀行名		金融コード		口座番号	
	支店名		支店コード		預金種別	普通
	口座名義カタカナ					

※当健保に加入または資格喪失後6か月以内の出産に対する申請の場合は、該当箇所への記入をお願いします。

□　他の保険者に対し、当該出産にかかる出産育児一時金の支給状況を照会することについて同意します。

●当健保に加入後、6ヶ月以内の家族が出産する場合 当組合の前に加入していた保険者（健保名等）について	保険者名			
	記号		番号	
●当健保の被保険者であった者が退職後6ヶ月以内に出産する場合 現在加入している保険者（健保名等）について	保険者名			
	記号		番号	

⑨ 提出日　　年　　月　　日

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

⑩被保険者の記入欄

申請者である甲（　　）は、
医療機関等である乙（　　）を代理人と定め次の権限を委任する。
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※47万円）の受領に関すること。（※産科医療補償制度の掛金及び付加金5万円を含む）

記入日　　年　　月　　日

甲（被保険者）の住所　〒

氏名

⑪受取代理人の記入欄

乙（代理人）の住所　〒

氏名　　電話番号

振込先（受取代理人に対する支払金融機関）	銀行名		金融コード		口座番号	
	支店名		支店コード		預金種別	□普通　□当座
	口座名義カタカナ					

注）被保険者が分娩した場合④は記入不要

受付日付印

＜個人情報について＞
ご記入頂いた個人情報は本請求に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用致しません。

R6.11.1改訂