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）

記入例

「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〇印を 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	〇	番号	〇	②所属会社（事業所）	〇〇株式会社
③被保険者	自宅住所	〒 ご自宅の住所				
	氏名	社員の氏名				
	携帯電話	日中連絡のとれる番号				
	e-mail					
④出産予定者の氏名（③と異なる場合）		健保　花子	⑤出産予定者の生年月日		〇〇　年　〇　月　〇　日	
⑥出産予定日		〇〇　年　〇　月　〇　日				
⑨出産予定医療機関	名　称	〇〇産科クリニック				
	所在地	医療機関の住所				
⑧振込先（被保険者名義の口座を指定）	銀行名	〇〇銀行	金融コード	〇〇〇〇	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇
	支店名	〇〇支店	支店コード	〇〇〇	預金種別	普通
	口座名義カタカナ	ケンポ　タロウ				

※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　〇 年　〇 月　〇 日

被保険者の記入欄

⑩ 申請者である甲（　健保　太郎　）は、
医療機関等である乙（〇〇産科クリニック　）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　〇 年　〇 月　〇 日

甲（被保険者）の住所　〒　ご自宅の住所

氏名　被保険者（社員）の氏名

受取代理人の記入欄

医療機関にて記入

〒

電話番号

（受に対金

通　□当座

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

注）被

＜個人情
ご記入

付日符印

<提出先>

〒136-8711
東京都江東区大島2－2－1
日本ヒューレット・パッカード健康保険組合　出産育児一時金　担当宛

メールでも受付ております。 ※宛先間違いにご注意ください
jpn_kenpo_shinsei@hpe.com

R6. 11. 1改訂