

(あて先) _____

受取代理申請受付通知書

受取代理制度により、以下の被保険者等(健康保険・船員保険の被保険者、国民健康保険の世帯主又は組合員をいう。)から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、ご連絡いたします。

受付日	年 月 日	
被保険者等	氏名	(フリガナ)
	住所	〒 (フリガナ)
	生年月日	年 月 日
出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)	
出産予定者 ※被保険者等と同一の場合は省略	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
付加給付金相当額		
貴院が代理受領することができる額(①と②の合計額)	円	
	※ 産科医療補償制度対象出産でない場合は、 円となります。 ※※ 多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。 ① 出産育児一時金42万円(産科医療補償制度対象出産でない場合は40万8千円) ② 付加給付金相当額()円	

なお、出産育児一時金又は家族出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者等又は被扶養者の出産後、貴院から、

- ・ 出産費用の請求書の写し
※ 産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された請求書の写し
- ・ 出産の事実を証明する書類の写し

を送付いただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

(保険者名) _____

(所在地) _____