

(あて先) ボツシュ健康保険組合

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------|--|----------|---------|-------|----------------------------|
| 申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ | 被保険者証 | 記号 | 1001 | | 番号 | 23456 | |
| | 申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。 | 氏名 | (フリガナ) ボツシュ ケンボ ボツシュ 健保 | | | | |
| | | 住所 | 〒 355-0028 (フリガナ) サイタマケンヒガシマツヤマシヤキウテヨウ 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 電話 0493 (22) 0890 | | | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 X 年 11 月 20 日 | | | | |
| | 出産予定日・数 | 令和 X 年 5 月 25 日 単・多(胎) | | | | | |
| | 出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です | 氏名 | (フリガナ) ボツシュ ヤスコ ボツシュ 康子 | | | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 X 年 4 月 15 日 | | | | |
| | 出産予定医療機関等 | 名称 | (フリガナ) ○○ソウゴウビョウイン ○○総合病院 | | | | |
| | | 所在地 | 〒 355-0028 (フリガナ) サイタマケンヒダカシム 埼玉県日高市△△1-2-3 | | | | |
| | 申請者に対する支払金融機関 | 埼玉県りそな | | 銀行 金庫 信組 | | 東松山 | |
| 預金種別 | | 1:普通 2:当座 3:別段 | 4:通知 5:貯蓄 | 口座番号 | 7654321 | 口座名義 | (フリガナ) ボツシュ ケンボ ボツシュ 健保 |
| 申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 | | | | | | | |
| ※健康資格を喪失した場合、 | | | | | | | |
| 申請者資格喪失 | | | | | | | |
| 申請者による申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号 | | | | | | | |
| 記号 | | | | | | | |
| 番号 | | | | | | | |

出産後、医療機関等からの報告に基づき、ボツシュ健康保険組合が医療機関等に受取代理額を支払います。

| | | | | | | | |
|-----------------|---|-----------------|-----------|------------------|---------|------|--|
| 受取代理人の欄 | 申請者(ボツシュ 健保)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(○○総合病院)(以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。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等のうち、乙が甲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。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。 | | | | | | |
| | 令和 X 年 4 月 10 日 | | | | | | |
| | 甲の住所 | 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 | | | | | |
| | 氏名 | ボツシュ 健保 | | | | | |
| | 乙の所在地 | 東京都港区△△6-7-8 | | | | | |
| 名称 | ○○総合病院 | | 電話 | 03 (1234) 5678 | | | |
| 受取代理人に対する支払金融機関 | 三菱UFJ | | 銀行 金庫 信組 | | 港区 | | 店・本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 1:普通 2:当座 3:別段 | 4:通知 5:貯蓄 | 口座番号 | 7654321 | 口座名義 | (フリガナ) ○○ソウゴウビョウイン インチョウ △△△△ ○○総合病院 院長△△△△ |

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボツシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。 ※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。