

受付年月日		年	月	日
支給額		円		
支給内訳	出産育児一時金	円		
	出産育児一時金付加金	円		

支給支払確認欄			
資格取得日	年	月	日
資格喪失日	年	月	日
支払年月日	年	月	日
常務理事	事務長	係員	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 日本飛行機健康保険組合

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	番号	
	被保険者(申請者)	氏名		
		住所	〒	
		生年月日	年 月 日	
	出産予定日・数	年 月 日	単・多(胎)	
	出産予定者 <small>※被保険者の場合は不要です</small>	氏名		被保険者との続柄
		生年月日	年 月 日	
	出産予定医療機関等	名称		
		所在地	〒	
	申請者に対する支払金融機関	本申請に基づく給付金が受取代理人の請求額を超える場合、その差額を下記口座に振り込みます。 みずほ銀行 横浜支店 保険給付金振込口座 (出張旅費振込口座)		
被保険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。 <small>※健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</small>				
被保険者の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名	記号	番号	
被保険者の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産すること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	保険者名	記号	番号	

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (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。			
	年 月 日			
	甲(申請者) 住所		氏名	
乙(代理人) 所在地		名称		
受取代理人に対する支払金融機関		銀行 金庫 信組	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	
		口座名義	(フリガナ)	

添付書類 母子健康手帳(写し)その他出産予定日を証明できる書類

(備考欄) 被保険者個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)