

ケンボ記入欄	支給決定伺							
	支給金額	円	支給内訳	医療機関支払 被保険者支払	円 円	取得	S・H・R ・ ・	
	経伺	常務理事	事務長	課長		担当者	喪失	S・H・R ・ ・
							分娩日	R 年 月 日

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)

被保険者の記入欄	被保険者証の記号番号	—		事業所(会社)の名称			
	被保険者氏名				出産予定日	令和	年 月 日
	出産予定者氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日	続柄	
	出産予定の医療機関等	名称					
		所在地	〒	TEL			
	被保険者または出産予定者が、出産予定日から6ヶ月以内に大同健保に加入または喪失された場合は、以下に記載をお願いします。(1年以上健康保険の被保険者であった方が資格喪失後、6ヶ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支給を受けることができます)						
<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者が大同健保の資格喪失から6ヶ月以内に出産予定の場合、現在または出産当時に加入の保険者を記入ください。 ●被扶養者が大同健保に扶養認定されて6ヶ月以内に出産予定の場合、大同健保の認定前に加入の保険者を記入ください。 							
保険者名称		連絡先	記号	番号	被保険者氏名		

(被保険者および医療機関等の記入欄)	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、次の権現を委任します。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請求する費用の額、上限42万円(ただし乙が産科医療保障制度に加入していない場合は上限40万4,000円)の受領に関すること。 令和 年 月 日						
	甲 (被保険者)	住所					TEL
	氏名						(印)
	乙 (代理人)	住所					TEL
氏名						(印)	
産科医療補償制度に加入 している ・ していない (該当項目に○印)							
乙(代理人)の振込先記入欄	金融機関名				支店名		
	種別 (該当に○印)	1.普通	2.当座	フリガナ			
	口座番号				口座名義人		

被保険者の記入欄	上記の通り請求致します。 被保険者の住所						
	令和 年 月 日			TEL			
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿					氏名(自署)及び 印 (印)	

* 在職者のみ記入 差額支給がある場合、上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)

* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)

大同健保	金融機関および支店名	銀行・信用金庫			支店				
	1.普通 2.当座	口座番号							
	フリガナ								
	口座名義人								
所属事業所 確認印									
<table border="1" style="width:100%; height:100%;"> <tr> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;"></td> </tr> </table>									

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。