

※記入しないこと	支給決定伺		支給決定 平成 年 月 日		
	摘要(備考欄・取下げ理由等)		常務理事	事務長	担当者

**被保険者  
家 族**

## 出産育児一時金請求書（受取代理用）324

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 事業所番号 事業所 保険証番号	事業所 番号 9000 保険証 番号 XXXXXXXX	事業所 の名称 所 属	名 称 所属	南海電気鉄道健康保険組合 XX部XX課	
	被保険者氏名	XXXXXXXX	印	住所	〒XXXXXXXX XX市XX町 TEL XX (XXX) XXXX	
	出産予定日	平成XX年XX月XX日	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です。			
	出産予定数	単・多(胎)	氏名	XXXXXXXX	生年 月日	昭和 平成 XX年XX月XX日生
	出産予定医療機関等	名 称	XXXXXXXX			
		所在地	〒XXXXXXXX XX市XX町 TEL XX (XXX) XXXX			
	被保険者に対する支払金融機関					
	金融機関名	店 名	預金種別	口座名義人・口座番号		
	コード (XXXX)	コード (XXXX)	当座 普通	口座 名義人	フリガナ XXXXXXX	
	XXXX 銀行・農協 金庫・信庫	XXXX 本店 支店・出張所		口座番号	XXXXXXXX	
喪失後6ヶ月以内保険者名		記号・番号	-			

受 取 代 理 人 の 欄	<p>被保険者( ) (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。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(上限 42 万円※産科医療補償制度対象出産でない場合は 39 万円)を上限とする。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲(被保険者)の住所〒 氏名 印</p> <p>乙(医療機関等)の所在地〒 名称 印 TEL - -</p>					
	受取代理人に対する支払金融機関					
	金融機関名	店 名	預金種別	口座名義人・口座番号		
	コード ( )	コード ( )	当座 普通	口座 名義人	フリガナ	
銀行・農協 金庫・信庫	本店 支店・出張所	口座番号				

◎請求上の注意

KI32412304W

- 被扶養者として認定されていない方は「家族出産育児一時金」は請求出来ません。
- 双生児以上の出産の場合は、それぞれ別に請求して下さい。

\*記入・留意事項等については、裏面をご覧ください。この請求書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。

南海電気鉄道健康保険組合

受 付 印