

様式第8号の2(第11条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

年 月 日

(申請先)上田市長

申請者(世帯主)

住所

氏名

電話番号

次のとおり申請します。

出産予定者	氏名	※申請者と同一の場合は記入不用です。					出産予定日・数	年 月 日		
	個人番号							単・多(胎)		
出産予定の医療機関等	名称									
	所在地									
出産育児一時金申請額										
医療機関等への支払額が出産育児一時金支給決定額未満の場合は、差額を下欄の申請者(世帯主)の口座へ振り込んでください。										
フリガナ					銀行・金庫・組合・農協					
口座名義			金融機関 口座種別	本店・支店・支所・出張所						
				普通・当座	口座番号					
<p>※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、<u>1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6箇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。その場合、国民健康保険からは出産育児一時金は支給されません。</u></p>										
受取代理の欄	甲：申請者(世帯主) _____ は、 乙：医療機関等名称 _____ 開設者氏名 _____ を代理人と定め、甲が支給申請する出産育児一時金の支給決定額を限度として、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権限を委任します。また、甲は、「出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度」は利用しません。									
	_____ 年 月 日									
	甲：申請者(世帯主) 住 所 氏 名									
	乙：代理人(医療機関等) 所在地 名 称 (電話番号)									
_____ 開設者氏名 _____ 担当者氏名										
備考										