

常務理事	理 事	事務長	担当者	受 付

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	第 1 種 組 合 員 氏 名						
	分 娩 予 定 者	被 保 険 者 証 記 号 番 号	宮 医		氏 名		
		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)		続 柄		
		資格取得日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		医師国保加入前の健康保険		社保 ・ 共済 ・ 国保
		出産予定日	令 和 年 月 日		出産予定数	単 ・ 多 (胎)	
	出 産 予 医 療 機 関 等	名 称					
		所在地					
		電話番号					
	分娩費が出産育児一時金を下回る場合の差額の送金先	銀行 店 普 ・ 当 ・ 貯 No. (フリガナ) 名義人氏名			備考		
	上 記 の と お り 申 請 し ま す 。 令和 年 月 日 〒 被 保 険 者 住 所 (分娩予定者) 氏 名 ⑩ 電話番号 () 宮城県医師国民健康保険組合理事長 様						
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(出産育児一時金を上限とする。)の受領に関すること。 令和 年 月 日 甲(被保険者)の住所 氏名 ⑩ 乙(代 理 人)の住所 氏名 ⑩						
	受 取 代 理 人 の 送 金 先	銀行 店 普 ・ 当 ・ 貯 No. (フリガナ) 名義人氏名					
	D L						
支 部 経 由	支部長 ⑩						

※当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って扱うものとします。