

被保険者 ・ 家族 出産育児一時金請求書(受取代理用)

日本電気健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号・番号	記 号		番 号							会社名	
	令和 年 月 日										所属	メールNo. -
	氏名										自宅住所 〒	
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日										TEL - -	
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。											
	出産予定日	令和 年 月 日 単・多(胎)					出産のために 入院する病院等	所在地 医療機関名				
	被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ 氏名					続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	NEC健保扶養認定日 昭和 平成 令和 年 月 日			
	出産者が被扶養者(家族)の場合											
	家族がNEC健保に被扶養者として認定された日から6ヵ月以内に出産予定のときは記入してください。											
	家族がNEC健保の被扶養者と認定される前に加入していた											
健康保険等の名称												
所在地												
電話 ()												
健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険												
記号												
番号												
資格取得日 平成・令和 年 月 日												
脱退日 令和 年 月 日												
出産者が被保険者(本人)の場合												
退職予定者、または退職後に請求するときは記入してください。口座情報未記入のときは給付が遅れることがあります。												
退職年月日												
金融機関名												
口座番号												
フリガナ												
令和 年 月 日												
銀行(普通)												
名義												
支店												
口座名義は請求者ご本人のものに限ります。												
NEC健保の資格喪失後にあなたが加入した(現在加入している)												
健康保険等の名称												
所在地												
電話 ()												
健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険												
被保険者												
フリガナ												
氏名												
記号												
番号												
資格取得日 令和 年 月 日												
扶養年月日 令和 年 月 日												

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者である甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任する。 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関し請求する額の受領に関すること。										
	令和 年 月 日										
	甲(被保険者) 住所 氏名										
	乙(代理人) 郵便番号 〒 - 住所 医療機関名										
	TEL -										
受取代理人に対する支払金融機関の欄											
金融機関名			店名		預金種別		口座名義(フリガナ)			口座番号	

事 業 主 記 入 欄	令和 年 月 日	事業所名
	上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。	
	事業主名 (代理人)	

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日				資格喪失日 令和 年 月 日			
	代理人への確認				代理人支払 円			
	受付のご案内送付				本人支払額 円			
	令和 年 月 日							
	請求書受付 令和 年 月 日							
承認欄		常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	受付年月日	