

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

健康保険 記号・番号	記 号	番 号	会社名
令和 年 月 日			所属 自宅住所 〒
氏名 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 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。			TEL - - -
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
被扶養者が 出産のとき その者の氏名	フリガナ		続柄
			生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
			NEC健保扶養認定日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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ヶ月以内に出産予定のときは記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	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 ()		被保険者 健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険	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關すること。				
	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	備考	
	受付のご案内送付		本人支払額		円		
	令和 年 月 日		常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当
	請求書受付 令和 年 月 日		承認欄				受付年月日