

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 記号・番号	記号 ○○○○	番号 ○○○○○○○○	会社名 NEC○○○○○
令和 ○○年 ○月 ○日			所属 ○○○○事業部 メールNo. ○○-○○○○
氏名 健康 ☆男	自宅住所 〒 ○○○-○○○○ ○○○ ○○市 ○○町 ○○○○		
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(2胎)		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 ケンコウ ○○○		続柄
氏名 健康 ○枝			妻
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 健康保険組合協会	記号	番号
	家族が出産の場合でNEC健保加入後 6ヶ月以内の出産のときは記入してください。	資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話 ()	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
平成・令和 年 月 日	本人が出産の場合で退職後の出産のとき 記入してください。 NEC健保の資格喪失後に加入する場合は記入してください。 健康保険等の名前	支店	口座名義は請求者ご本人のものに限ります。
所在地	被保険者 氏名	記号	番号
電話 ()	資格取得日 令和 年 月 日	扶養年月日 令和 年 月 日	

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事。				
令和 年 月 日 甲は被保険者が記入・押印してください。 甲(被保険者) 住所 氏名				
乙(代理人) 郵便番号 手記 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)	事業主(会社)の証明欄です。
--------	---	---------------	-----------------------

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	受付年月日
請求書受付 令和 年 月 日	承認欄					