

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 TELNET - -
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 年 月 日 令和
			NEC健保扶養認定日 昭和 平成 年 月 日 令和

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	健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険	記号	番号
健康保険等の名称		資格取得日 平成・令和 年 月 日	
所在地		脱退日 令和 年 月 日	
電話 ()			

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
健康保険等の名称		記号	番号
所在地		資格取得日 令和 年 月 日	
電話 ()		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

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)

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	承認欄
請求書受付 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