

平成 年 月 日 決定					円
本件支給して よろしいか					

長野県建設国民健康保険組合 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	保険証の記号番号		組 合 員 氏 名		生 年 月 日	
	建 一				昭和・平成 年 月 日	
	住所					
	分娩する被保険者の氏名		出 産 予 定 日 / 数		生 年 月 日	
			平成 年 月 日 / 単・多(胎)		昭和・平成 年 月 日	
	分娩する医療機関		名 称			
所在地						

※分娩する被保険者が長建国保加入以前に被用者保険に本人として1年以上加入していた場合で、長建国保加入後6ヵ月以内に分娩した時は被用者保険から出産育児一時金の給付を受けられるため、長建国保からは支給しません(長建国保規約第11条)

受 取 代 理 人 が 記 入 す る 欄	申請者である甲()は医療機関である乙()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のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限42万円)の受領に関すること。					
	平成 年 月 日					
	甲(被保険者)の住所 〒					
	氏名				印	
	乙(代理人)の住所 〒					
	氏名				印	
受取代理人に対する支払い金融機関の欄						
金融機関名		店 名		預金種別	口 座 番 号	
※金融機関コード		※支店コード		※左記コードはおわかりになる場合、ご記入下さい。		
口 座 名 義 人 氏 名						
フリガナ						

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

長野県建設国民健康保険組合理事長殿

所属組合の 確認	組合名及び組合長氏名		処理年月日	
			年 月 日	
		印		

※以下は記入しないで下さい。

受取代理人への支給金額	分娩者への支給金額	出産予定日	実際の分娩日
円	円	年 月 日	年 月 日

※医療機関からの請求金額が42万円以下の場合、差額はあらかじめ登録いただいた口座に振り込みます。
※今回の申請で皆さんからお預かりした個人情報、国保事業以外には使用しません。