ＮＸグループ健康保険組合　理事長殿

店所名（支店コード）：

常務理事	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	ｼﾆｱﾘｰﾀﾞｰ	リーダー	係

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

※母子手帳（写）「出産予定者の氏名」と「出産予定日」が記載されているページを添付すること

被保険者記入欄		
被保険者等	記号－番号	□□□□ ― □□□□□□
被保険者	氏名	
	資格取得日	年　月　日
	資格喪失日	年　月　日
出産予定日・人数		年　月　日　（単・多）　胎
出産予定者	氏名	
	生年月日	年　月　日

委　任　欄

被保険者（　　）（以下「甲」という）は、医療機関である（　　）（以下「乙」という）を代理人と定め、次の権限を委任します。

甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（1児につき上限50万円、但し、産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円）の受領に関すること。

尚、本申請書の提出及び乙からの請求額が上限未満に生じる差額の受領は事業主に委任します。

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。

甲の住所（建物名、部屋番号まで記入）　〒

氏名（自署）※PC入力の場合、押印要　　☎

被保険者の退職等により、NXグループ健康保険組合資格喪失後、6カ月以内に出産することによる申請である場合。現行の健保名、記号・番号。	健康組合名称 ☎番号	
被保険者の家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産することによる申請である場合。その家族が被扶養者認定前に加入の健保名、記号・番号。	記号 番号	□□□□ □□□□□□

受取代理人（医療機関等）記入欄

上記のことを承諾しました。　　年　月　日

乙の住所　〒

名称　　☎

医療機関コード

指定する金融機関（振込先）	名称	支店名称
	金融機関コード（　　）	支店コード（　　）
	預金種別　普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義　カナ）	

事業主証明欄

上記内容に相違ないことを証明する。　　年　月　日

事業所　名称

事業主　氏名

NXグループ健康保険組合記入欄

整理番号	
受付通知日	
決定金額	