

受 付	支 部	国保組合

通知

出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

私は、国民健康保険の出産育児一時金(上限 35 万円)の受領に関する権利を下記代理人に委任致します。但し、下記代理人が私に対して請求する出産に関する費用の額が、出産育児一時金の支給額を下回った場合には、その差額を先に届け出た郵便貯金口座届により指定した口座へ振り込んでください。

太枠内は申請者が記入し、記入を訂正した場合には訂正印を押してください。 平成 年 月 日

（
組
合
員
記
入
欄
）

被保険者証 記号・番号	9 1 -	組合員名 (委任者)	印
住 所	(〒 -)	TEL	()
出産(予定)者 氏 名		生年月日	昭平 年 月 日
出産(予定)日	平成 年 月 日	資格取得日	昭平 年 月 日
資格取得日から出産(予定日)までの期間が 6 ヶ月 (以内 ・ 以上) である。			

6 ヶ月以内である時は**必ず**記入してください。

（
前
保
険
加
入
状
況
）

前 保 険 加 入 状 況	保険種類 (いずれかに○を付けてください)	保険名称 (会社名)	()
	国民健康保険	記号・番号	
	社会保険(本人加入)	加入時氏名	
	社会保険(扶養加入)	資格取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	無 保 険		年 月 日 ~ 年 月 日

支給される金額は、下記指定口座にお振込ください。 平成 年 月 日

（
代
理
人
記
入
欄
）

医療機関等名				
医療機関番号 ない場合は記入不要				
代理人	(住所)(〒 -)	TEL	()	
	(氏名)	印		
振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
	(フリガナ)			
	口座名義			