

井原市国民健康保険出産育児一時金委任払 申請書兼請求書

(事前申請用・医療機関受取代理用)

井原市長 殿

世帯主 (被保険者が記入するところ)	被保険者証の記号		被保険者証の番号		
	岡6				
	世帯主 (請求者) の氏名	フリガナ	住所 井原市		
			電話番号		
	出産する 被保険者 (母親) の氏名	フリガナ	生年月日	S・H 年 月 日	
	出 産 予 定 年 月 日		年 月 日		
	入院する医療機関等の 名称及び所在地		名 称		
			所在地		
	出 産 育 児 一 時 金		円		
振込指定口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要)			
		マイナンバー <input style="width: 100px;" type="text"/>			
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
		銀 行 信用組合 農 協	支 店	預 金 種 別	
				口 座 番 号	
				フリガナ	
		口 座 名 義 人			
上記、出産育児一時金受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 (世帯主以外の口座に振り込む場合は、記入してください。)					
受領委任記入欄	住 所				
	世帯主名	(印)			
代理人	住 所				
	氏 名	(印)			

受取代理人の欄	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費用の額(上限 万円)の受領に関すること。 年 月 日 甲(世帯主)の 住所 氏名 乙(代理人)の 住所 氏名			
	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	口座番号
				フリガナ
				口座名義人