

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)	被保険者記号		被保険者番号		
	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	
	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(利用する場合は口座情報の記入不要)			
マイナンバー <input type="text" value=""/>					
<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