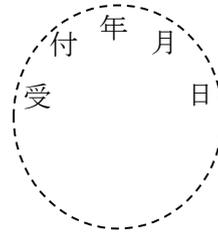


支給決定日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	整理No.		
支給決定額	医療機関	円	常務理事	事務長	担当者	付加金の有無 含む・無 産科医療補償制度 有・無
	被保険者	円				資格取得日 年 月 日
	合計	円				資格喪失日 年 月 日



近畿日本ツーリスト健康保険組合

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用) 記入見本

① 被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	77	番号	77777								
	被保険者(請求者)	氏名	千代田 花			生年月日	昭和 平成	5	年	5	月	5	日
		住所	〒 101-0031 東京都千代田区東神田1-1-1 電話 03-1234-4649										
	出産予定日・数	令和 4 年 12 月 15 日 単・多(胎)											
	被扶養者が出産する場合はその者の	氏名				生年月日	昭和 平成		年		月		日
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) チョダソウゴウビョウイン 千代田総合病院										
		所在地	〒 100-0001 東京都千代田区千代田1-1										
	被保険者名義の金融機関口座	ゆうちょ 銀行 二一八 支店	普通 当座	口座番号: 7777777 口座名義: チョダ ハナ									
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号: 12110	番号: 77777771								
	KNT健保の資格を喪失してから6か月以内に分娩したとき(現在は、別の健康保険に加入している)	現在加入している健康保険の名称等	名称 〇〇〇〇健康保険組合 記号 55 番号 3333										
KNT健保に扶養加入してから6か月以内に分娩したとき(現在は、KNT健保に被扶養者として加入している)	以前加入していた健康保険の名称等	名称 記号 番号											

② 受取代理に関する委任状の欄	申請者(千代田 花)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(大手町総合病院)(以下「乙」という。)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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 [※] の受領に関すること。 ※ 出産育児一時金等の支給額(付加給付金を含む)を上限とする。											
	令和 4 年 10 月 20 日											
	甲の住所	〒 101-0031 東京都千代田区東神田1-1-1										
	氏名	千代田 花			電話	03-1234-4649						
	乙の所在地	〒 100-0001 東京都千代田区千代田1-1										
名称	大手町総合病院			電話	03-1234-7777							
受取代理人に対する支払金融機関	千代田 銀行 大手町 支店											
預金種別	当座			口座番号	1234567			口座名義	オオテマチソウゴウビョウイン			

- * 出産予定日の2ヶ月以内までに母子健康手帳「出産予定者の氏名」および「出産予定日」が記載されたページ¹の写しを添えて提出ください。
* 医療機関からの請求額が、出産育児一時金等の支給額(付加給付金を含む)未満の場合、差額は被保険者にお支払いします。
* 付加給付の金額は、KNT健保の被保険者が分娩した場合に1児につき5万円を支給します。(資格喪失後の分娩および被扶養者の分娩は対象外)
* 別の医療機関で出産することになった場合は、速やかに当組合までご連絡ください。