

公立学校共済組合石川支部長 様

出産費等支給申請書(受取代理用)

申請者(組合員)が記入するところ	組合員等	記号	公立石川	番号	
	申請者(組合員)	氏名	(フリガナ) 印		
		住所	〒 (フリガナ) 電話 ()		
		生年月日	年 月 日		
	出産予定日・数	令和 年 月 日 単・多(胎)			
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ)		
		生年月日	年 月 日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)		
		所在地	〒 (フリガナ)		
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。				
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号		保険者名			
		記号	番号		
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号		保険者名			
		記号	番号		

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産費等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※ 出産費等の支給額(保険者が出産費等に係る附加給付を行う場合には、附加相当額を含む)を上限とする。 令和 年 月 日				
	甲の住所				
	氏名		印		
	乙の所在地				
名称		印 電話 ()			
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 店・本店 金庫 信組 支店・出張所				
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義 (フリガナ)	

(備考欄) 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日
職名
所属所長
氏名 印

公立学校共済組合石川支部長 様

出産費等支給申請書(受取代理用)

申請者(組合員)が記入するところ	組合員等	記号	公立石川	番号	3 4 5 6 7 8
	申請者(組合員)	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子	共済	
		住所	〒920-8575 (フリガナ) イシカワケン カナザワシ クラツキ 石川県金沢市鞍月1丁目1番地	電話	090(1234) 5678
		生年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	出産予定日・数	令和 〇 年 〇 月 〇 日 単・多(胎)			
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ) 組合員本人		
		生年月日	年 月 日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) ヒロサカソウゴウビョウイン 広坂総合病院		
		所在地	〒920-1234 (フリガナ) イシカワケン カナザワシ 〇〇 石川県金沢市〇〇 〇丁目〇番地		
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。				
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名		
			記号	番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名		
			記号	番号	

受取代理人の欄	申請者(共済花子)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(広坂総合病院)(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、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。				
	甲が請求する出産費等のうち、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。 ※ 出産費等の支給額(保険者が出産費等に係る附加給付を行う場合には、附加相当額を含む)を上限とする。				
	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
	甲の住所 石川県金沢市鞍月1丁目1番地				
	氏名 共済花子 共済				
乙の所在地					
名称 電話 ()					
受取代理人に対する支払金融機関	医療機関記入押印欄				銀行 金庫 信託
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号	口座名義 (フリガナ)

(備考欄) 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

職名 金沢市立広坂小学校 金沢市立広坂小学校長

所属所長 氏名 金沢 一子

金沢市立広坂小学校長