

(給付様式第9-5号)

(あて先) 公立学校共済組合神奈川支部長
出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者等		記号	公立神奈川		番号							
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) ※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。		氏名(署名)	(フリガナ)									
			住所	〒 (フリガナ) 電話 ()									
			生年月日	年 月 日									
	出産予定日・数		年 月 日 単 ・ 多 (胎)										
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です		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)									
	申請者に対する支払金融機関		銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所										
預金種別			1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義	(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か月以内に出生された場合、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か月以内に出生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か月以内に出生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、乙が甲に対して出生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(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。												
	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 金庫 信組 店・本店 支店・出張所											
		預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号		口座名義	(フリガナ)						

※出産予定日が2カ月以内となつてからの証明をお願いします。

＜提出先・問合せ先＞
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

(給付様式第9-5号)

(あて先) 公立学校共済組合神奈川支部長

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者等	記号	公立神奈川		番号	0	0	0	0	0	0
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員)	氏名(署名)	(フリガナ)キョウサイ ハナコ 共済 花子								
		住所	〒000-0000 (フリガナ) マルマルシ マルマルク マルマルチョウ 2-3-4 00市00区00町2-3-4 電話 00 (000) 0000								
		生年月日	0 年 0 月 0 日								
	出産予定日・数	0 年 0 月 0 日 単 ・ 多 (胎)									
	出産予定者	氏名	(フリガナ)								
		生年月日	0 年 0 月 0 日								
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) マルマルサンフジンカ 00産婦人科医院								
		所在地	〒000-0000 (フリガナ) マルマルシ マルマルク マルマルチョウ 12-3 00市00区00町12-3								
	申請者に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 000 00 店・本店 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	00000000	口座名義	(フリガナ) キョウサイ ハナコ 共済 花子				
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か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の被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か月以内に出生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か月以内に出生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(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。									
	0 年 0 月 0 日									
	甲の住所 00市00区00町2-3-4									
	氏名 共済 花子 共済印									
乙の所在地 00市 00区 00町 1-2-3 社印										
名称 00産婦人科 印 電話 000 (000) 0000										
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 000 00 店・本店 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	00000000	口座名義	(フリガナ) マルマルサンフジンカ 00産婦人科			

※出産予定日が2カ月以内となつてからの証明をお願いします。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印