(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)

	被保険者等		記号		立神奈川			番号							
申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記	申請者(被保険者、 世帯主又は組合員)		氏名 (署名)	(フリガナ)											
	※「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。		住所	〒		(フリガナ)			電話	£	()		
			生年月日			年	F]					/		
	出産予定日·数					年	F	1	日	単	•	多(胎)	
	出産予定者		氏名	(フリガナ)											
	※申請者と同一の場合は不 要です		生年月日			年		1	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					銀行金庫								本店出張所	
	る支払金融機関	預金種別				信組		口座 名義	(フリガナ)				火 /山・	<u>山</u> 城川	
入す	申請者又は出産	予定者	が出産予定	 以内に健康(保険又は	:船員保		各を既に <u></u>	喪失し	ている	場合は	、以下	のい		
9ると	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。														
ころ	申請者本人の退職格喪失後、6か月以票生後に加入してい	被保険者資 場合、資格	資 保険者名 記号 番号												
	要失後に加入している保険者名と記号・看申請者本人の家族が被扶養者認定後、6				保険者名										
	による申請である場 いた保険者名と記り	夫養者認定前 (に加入して	記号				番号							
	申請者()は、 医療料	機関等で	である() (]	 以下「Z	ニュとい	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												引用し		
	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等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。														
	※ 山座 円元一 中金寺の文紹観(保険者が山座 円元一 中金等に係る付加給付を行り場合には、 付加相当観を含む)を上限とする。														
受取	年														
代理	甲の信	三所													
人	E		印												
の 欄															
	名	3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 ちょ ちま・出張所								
		預金種別				口加		口座名義	(フリガナ)						
※出	産予定日が2カ月以内	,			<u> </u>	라무=	ii + +			++	文卯ノ	全主	巫/ → ヒ⊓		
	<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						刘 人 香	受付印		<u> </u>	沪础。	3 人音	포'iy Fl		

(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)

	被保険者等	<u></u>	記号		立神奈川	- 1 H13		番号	0	0	0 (2 0	0		
2者(被保険者、世帯主				(フリガナ)	<u> </u>		キョウ	#/ //-							
	申請者(被保険者、 世帯主又は組合員)		氏名 (署名)	<i>共済 花子</i>											
	※「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。		住所	〒 000-0000 (プリガナ) マルマルシ マルマルク マルマルチョウ 2-3-4											
			生年月日		0	年	0	月 (
	出産予定日·数				0	年	0	月 (7 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		0	年	0	月 (7 日						
	21.17		名称	(フリガナ)				マルマルサ	ンフジン						
又は	出産予定 医療機関等	出産予定		₹ 000-	OOE婦人科医院 OOOO (フリガナ) マルマルシ マルマルク マルマルチョウ 12-3										
組合員)が記	区 原(茂) (关) 守		所在地	OO市OO医OO町12-3											
	申請者に対す る支払金融機 関		000			銀行 金庫 信組			00			店・支店	本店 出張所		
		預金 種別						口座 ^(フリガナ) キョ 名義			eウサイ ハナコ 共済 花子				
入す	申請者又は出産	予定者	が出産予定り	日から6か月」	以内に健康に	保険又は	:船員(保険の資料	各を既に	喪失し、	ている場合	合は、以下	のい		
ると	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。														
こっ	申請者本人の退職	等により	の、健康保険又に	は船員保険の	被保険者資	保険者名									
	格喪失後、6か月り 喪失後に加入してい		きすることによる申請である場合、資格 者名と記号・番号			記号				番号					
			養者認定後、6か月以内に出			保険者名									
	による申請である場 いた保険者名と記り			と加入して	入して 記号			番-			- 号				
	申請者()(以下「甲」という。)は、医療機関等である()(以下「乙」とを代理人と定め、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にません。									_					
	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等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。														
受	○ 年 ○ 月 ○ 日														
取代四	: 甲の住所 〇〇市〇〇区〇〇町2-3-4 ~														
理人の	氏名 共済 花子 第印														
欄															
	名称 〇〇産婦人科 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇														
	受取代理人に		C	000		銀行 金庫 信組			00			支店	本店 出張所		
	対する支払金 融機関	預金 種別	9.40 5.8		000	0000	0	口座 名義	(フリガナ)		uマルサン O産婦 /				
※出	産予定日が2カ月以内	となって	からの証明をお願	重いします。		所属可	沂文⋾	 §受付印		#:	済組合文	書受付印			
	<提出先・問合せ 〒231-8309 横浜 公立学校共済組1 電話 (045)210-8	市中[合神奈		グループ		, / 1 / [m] / .	, , , , , E	~ () []							