

(様式1)

出産費(出産育児一時金)等支給申請書(受取代理用:平成23年4月1日以降出産)

公立学校共済組合京都支部長 様

申請者(組合員)が記入する	所属所名						組合員氏名					
	所属所コード						組合員証番号	公立京都				
	申請者(組合員)氏名 ※申請者は組合員となります。	(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	年 月 日 出産予定児数 単・多 (胎)										
	出産予定者氏名 ※申請者と同一の場合は記入不要です。	(フリガナ)					組合員との続柄					
		出産予定者生年月日					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(組合員)に対する支払金融機関 ※現職組合員の場合は、既に登録されている口座に振込みますので記入不要です。	銀行 金庫・信組					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			口座名義	(フリガナ)				
申請書又は出産予定者が出産予定日から6箇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箇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箇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箇月後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				
受領代理人の欄	申請者である組合員() (以下「甲」という)は、医療機関である() (以下「乙」という)を代理人として定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費(出産育児一時金)等の医療機関などへの直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産費(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。 ※出産費(出産育児一時金)等の支給額(公立学校共済組合京都支部が行う附加給付を含む場合には、附加相当額を含む)を上限とする。											
	年 月 日 甲(組合員)の住所 氏名 印 乙(医療機関等)の所在地 名称 印 電話 ()											
	受取代理人(医療機関等)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 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号			口座名義	(フリガナ)			
所属所等記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ありません。						所属所担当者印	支所担当者印	所属所受付印			
	年 月 日 所属所長 印						印	印				