

(2023年6月改訂版)  
年 月 日

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

被保険者・家族 出産育児一時金支給申請書(受取代理用)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者の 氏名			
	本依頼書に本づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。				年	月	日
	被保険者の住所 連絡先	〒			電話 ( )		
	所属事業所・連絡先				電話 ( )		
	出産予定者			被保険者 との続柄	生年月日	年 月 日	
	出産予定日・数	年 月 日		単 ・ 多 ( 胎 )			
	出産のため入院する 医療機関等の名称						
	同 住所 ・ 連絡先	〒			電話 ( )		
	下 記 に 該 当 す る 場 合 は 記 入 願 い ま す						
	受取金融機関(退職者のみ) (被保険者名義以外は振込めません)	銀行		支店	普通	名義 カタナ	

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者( )「甲」は、医療機関等である( )「乙」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*の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額(50万円)を上限とする。 年 月 日					
	甲の住所 (被保険者)	〒				
	氏名					
乙の住所 (医療機関)	〒					
氏名						
電話	( )					
受取代理人に対する支払金融機関	口座 番号	口座 名義	銀行 金庫 信組 カタナ	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

事 業 主 記 入 欄	事業主 (代理人)	住所 〒	年 月 日
	氏名		

法 定	支給決定額	備考	受付通知 送付年月日 年 月 日	東京瓦斯健康保険組合			事業所		
		代理人支払額		常務理事	事務長	担当者			担当者
		被保険者支払額							

●添付書類 母子健康手帳(出産予定日記載の頁)の写 または 出産予定日2ヶ月以内であることを証明する医療機関等の証明書