

委任者（本人）の記入欄

令和 年 月 日

被保険者の 記号 番号		被保険者（請求者）の氏名		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	所属（店部）コード
被保険者の住所 〒 -		(日中連絡が取れる番号) TEL			
出産予定者の氏名等 ※請求者と同一の場合は記入不要		(氏名)	(続柄)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
出産予定医療機関名		(病院名)			
		(病院所在地)			
出産予定年月日		令和 年 月 日 出産予定日			

【※次の㊸または㊹のどちらかに該当する方は下記①～⑤すべて記入してください。】

㊸ 出産した被扶養者（家族）が、保険証記載の扶養認定日から6か月以内に出産した場合→当組合の前の保険を記入

㊹ 被保険者（本人）だった方が資格喪失（退職等）後6か月以内に出産した場合→現在加入している保険を記入

①加入先保険の名称					
②加入先保険の所在地	〒 - TEL				
③健康保険記号・番号	記号	番号	④被保険者氏名		
⑤加入（資格取得）年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		⑥脱退（資格喪失）年月日		平成・令和 年 月 日

照会・振込み口座に関する同意欄	<input type="checkbox"/> 私は出産育児一時金受取代理申請に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。				
	<input type="checkbox"/> 他の給付金同様、出産一時金受取代理申請で医療機関支払後、※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮されます。差額が生じた場合の振込口座は給与口座を希望します。				
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注1) 口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。注2) 給与口座情報を希望した場合は☑不要です。				
	銀行・信組 金庫・農協 (金融機関コード)	支店 出張所 (店番号)	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義

下記医療施設を代理人と定め、次の権限を委任します。

出産育児一時金のうち、下記医療機関が委任者に対して出産に関し請求する費用の額（健康保険法施行令第35条に定める金額を上限とする）の受領に関すること。

令和 年 月 日

委任者氏名
(被保険者名)

医療機関の証明欄

上記被保険者の出産一時金の受領に関し委任を受けました。

出産する者の氏名： _____ 出産予定日： 令和 年 月 日

医療施設（代理人）の

所在地 〒

電話

名称

代表者氏名

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関振込先	(金融機関名)	銀行・信組			(支店名)	支店			
		金庫・農協				出張所			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					(口座名義) カタカナで記入			

申請書に保険証の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。

① 身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し

② 個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し