レンゴー健康保険組合　御中

常務理事	事務長	係	資格取得日	年　月　日
			資格喪失日	
			扶養認定日	
支給額	受取代理人			
	被保険者			
	合　計	円		

・出産2ヶ月以内となってから
◎病院の証明記入
◎母子手帳又は出産予定日証明
添付にて提出してください

被保険者
家　族

出産育児一時金請求書（受取代理用）

被保険者記入欄

事業所名	被保険者等記号・番号	被保険者の氏名と生年月日
レンゴー㈱大阪本社	10　－　12345	健保　太郎　平成9年6月20日

被保険者の住所	大阪市北区梅田2-2-2	出産児の予定数	単胎　多胎（　　児）
家族が出産する場合その者の氏名・生年月日	氏　名　健保　花子　昭和・平成　10　年　5　月　10　日	出産予定日	令和　6　年　11　月　10　日
出産予定の医療機関等の名称、住所、電話番号	（名称）　大阪レディースクリニック （住所）　大阪市北区中之島1-1　　電話　06（6221）0101		

注意事項　被保険者だった方が、退職後6ヶ月以内に出産した場合、被保険者・被扶養者双方で受給要件を満たしていても、どちらか一方のみしか受給できません。

委任状

レンゴー健康保険組合理事長殿　　令和　6　年　9　月　20　日

医療機関からの請求額が※50万円(1児につき)未満の場合、
その請求額との差額の受領を事業主に委任いたします。

被保険者　住　所　大阪市北区梅田2-2-2

氏　名　健保　太郎

受取代理に関する欄

被保険者である甲（　健保　太郎　）は、医療機関である乙（　大阪レディースクリニック　）を代理人と定め、次の権限を委任します。
甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（1児につき上限50万円）の受領に関すること。

令和　6　年　9　月　10　日

甲（被保険者）　住所　〒　530-0001
大阪市北区梅田2-2-2
氏名　健保　太郎

乙（代理人）　住所　〒　530-0005
大阪市北区中之島1-1
医療機関の名称　大阪レディースクリニック
理事長　大阪　市郎

病院にて記入してもらってください。

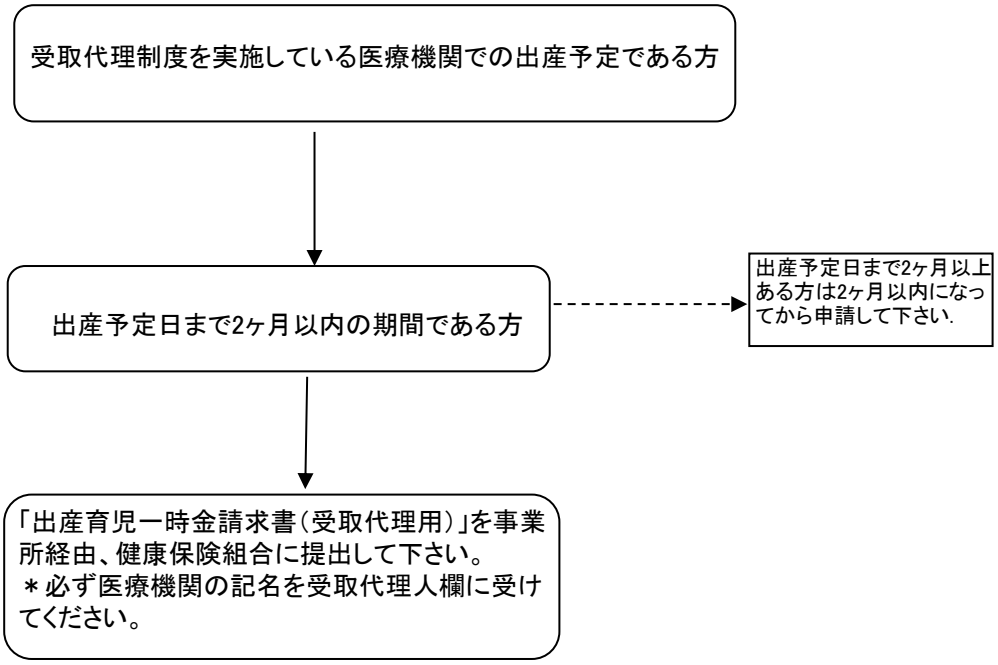
受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号
健康　(銀行)信用金庫　信用組合	中之島支店	(1.普通)　2.当座	112233
フリガナ	オオサカレディースクリニック リジチヨウ オオサカイチロウ		
口座名義	大阪レディースクリニック　理事長　大阪市郎		

◎記入については、別紙注意事項をご覧下さい。
※産科医療補償制度未加入の医療機関等において出産した場合は,1児につき48.8万円を上限とする。

受取代理をするにあたってのご注意

受取代理制度は、被保険者等が医療機関等を受取代理人として、出産育児一時金を事前に健康保険組合へ申請し、医療機関等が、被保険者に代わって、一時金を受け取る制度です。
下記事項をご確認ください。



■この請求書を提出することによって、医療機関等と、健康保険組合の間において、請求書の受付の有無、出産に関する証明、及び出産費用に関する情報の提供を行いますのであらかじめご了承下さい。

■添付書類
下記書類のどちらかを添付してください。
・母子手帳の写し（表紙と出産予定日が記載されているページ）
・医療機関等で発行する出産予定日を証明する書類

■受取代理申請ができる医療機関等は限られていますので、出産予定の医療機関等に確認して下さい。