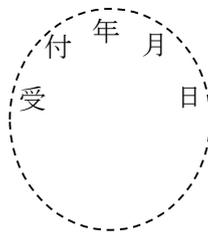


(様式1)

支給決定日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	整理No.	
支給決定額	医療機関	円	常務理事	事務長	担当者
	被保険者	円			
	合計	円			
					付加金の有無 含む・無 産科医療補償制度 有・無
					資格取得日 年 月 日
					資格喪失日 年 月 日



近畿日本ツーリスト健康保険組合 出産育児一時金等支給申請書 (受取代理用)

① 被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		番号		
	被保険者 (申請者)	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
		住所	〒 ( ) 電話 ( )			
	出産予定日・数		令和 年 月 日 単・多(胎)			
	被扶養者が出産する場合はその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 ( )			
	被保険者名義 金融機関口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号:	カタカナ 口座名義:
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください			記号:	番号:
	KNT健保の資格を喪失してから6ヵ月以内に分娩したとき (現在は、別の健康保険に加入している)		現在加入している 健康保険の名称等	名称		
KNT健保に扶養加入してから6ヵ月以内に分娩したとき (現在は、KNT健保に被扶養者として加入している)		以前加入していた 健康保険の名称等	名称			
			記号		番号	

② 受取代理に関する委任状の欄	<p>申請者( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である( ) (以下「乙」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<sup>*</sup>の受領に関する事。 ※ 出産育児一時金等の支給額(付加給付金を含む)を上限とする。</p>						
	令和 年 月 日						
	甲の住所		氏名				電話 ( )
	乙の所在地		名称				電話 ( )
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所		
				口座名義	(カタカナでご記入ください)		

- \* 出産予定日の2ヶ月以内までに母子健康手帳「出産予定者の氏名」および「出産予定日」が記載されたページ<sup>1</sup>の写しを添えて提出ください。
- \* 医療機関からの請求額が出産育児一時金等の支給額(付加給付金を含む)未満の場合、差額は被保険者にお支払いします。
- \* 付加給付の金額は、KNT健保の被保険者が分娩した場合に1児につき5万円を支給します。(資格喪失後の分娩および家族の分娩は対象外)
- \* 別の医療機関で出産することになった場合は、速やかに当組合までご連絡ください。

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、**記入不要**

被保険者のマイナンバー記入欄 (②の委任状欄の記入後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。