様式第1（第4条関係）

東浦町長

出産育児一時金受取代理制度利用申請書

被保険者又は世帯主が記入するところ	被保険者記号番号		
	申請者（世帯主）	氏名	（フリガナ）
		住所	〒470－ 知多郡東浦町大字　　字 電話　（　　）
		生年月日	年　　月　　日
	出産予定日・数		年　　月　　日　　単 ・ 多（　　胎）
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要	氏名	（フリガナ）
		生年月日	年　　月　　日
	出産予定 医療機関等	名称	
		所在地	〒　　－
	申請者に対する支払金融機関	銀行 信用金庫 農協	店・本店 支店・出張所
		預金種別	1：普通 2：当座
		口座番号	
		口座名義	（フリガナ）

受取代理人の欄	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、出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 年　　月　　日 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称　　電話　（　　）					
	受取代理人に対する支払金融機関	銀行 信用金庫 農協				店・本店 支店・出張所
		預金種別	1：普通 2：当座	口座番号		口座名義
						（フリガナ）

（備考欄）

様式第2（第4条関係）

年　　月　　日

（医療機関）
様

東浦町長

受取代理制度利用申請受付通知書

受取代理制度により、下記の被保険者から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、通知いたします。

記

受付日	年　　月　　日	
被保険者等	氏名	(フリガナ)
	住所	〒　　－
	生年月日	年　　月　　日
出産予定日・数	年　　月　　日　　単 ・ 多(　　胎)	
出産予定者 ※被保険者等と同一の場合は省略	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年　　月　　日
貴院が代理受領することができる額の上限	円 ※　多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。	

なお、出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者の出産後、貴院から

・　出産費用の請求書の写し

・　出産の事実を証明する書類の写し

を送付していただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

（保険者名）東　浦　町

（所在地）　東浦町大字緒川字政所20番地

様式第3（第4条関係）

年　　月　　日

東浦町長

（医療機関等）所在地

名称

出産費用請求書

このことについて、下記のとおり請求します。

記

<table>
<tr><td>被保険者記号番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者又は世帯主</td><td>氏名</td><td>（フリガナ）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td>〒　　－</td></tr>
<tr><td>請　求　金　額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>出産費用請求書(写)</td><td colspan="2">別添のとおり</td></tr>
<tr><td>出産の事実を証明する書類（写）</td><td colspan="2">別添のとおり</td></tr>
</table>

様式第4（第6条関係）

年　　月　　日

東浦町長

世帯主　住所　東浦町大字　　字

氏名

電話　　―

出産育児一時金受取代理制度利用申請取下書

年　　月　　日に申請しました出産育児一時金の受取代理申請を下記のとおり取り下げます。

記

被保険者記号番号		
出産予定者	氏　名	（フリガナ）
	生年月日	年　　月　　日
出産予定日	年　　月　　日	
取下げの理由		
備　考		

様式第5（第7条関係）

年　　月　　日

東浦町長

世帯主　住所　東浦町大字　　字

氏名

電話　　－

被保険者証 番号

出産育児一時金受取代理人変更届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

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、平成　　年　　月　　日付にて委任した出産育児一時金の受領に関する権限について、乙に代えて、新たに医療機関等である（　　）（以下「丙」という。）を代理人として定め、これを委任します。

年　　月　　日

甲の住所

氏名

乙の所在地※

名称※　　電話　　（　　）

丙の所在地※

名称※　　電話　　（　　）

受取代理人に対する支払金融機関	銀行 信用金庫 農協					店・本店 支店・出張所
	預金種別	1：普通	口座番号		口座名義	(フリガナ)

※「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等にて記入が必要です。