

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="checkbox"/>	番号 <input type="text"/>	部署	職種	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒 -)						
	電話番号 (日中の連絡先)		都 道 府 県		TEL	()		

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

 給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。 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) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係		
	住所	(フリガナ)			
	氏名				

受付日付印

