

直接支払制度を利用せずに  
申請者本人が受領する場合

公立学校共済組合鹿児島支部長 殿

共済事務担当者印

出産育児一時金等支給申請書（受取代理用）

申請者（被保険者、世帯主又は組合員）が記入するところ	被保険者証	記号	公立鹿	番号	234567	
	申請者（組合員）	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎	〒 890-8577 (フリガナ) カゴシマシ カモイケシンマチ 鹿児島市鴨池新町10番1号 電話 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇		
		住所				
		生年月日	〇〇 年 △△ 月 □□ 日			
	出産予定日・数	4 年 7 月 9 日	(単)・多 (胎)			
	出産予定者	氏名	(フリガナ) キョウサイハナコ 共済 花子			
		生年月日	〇〇 年 △△ 月 □□ 日			
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇サンフジカ 〇〇産婦人科			
		所在地	〒 890-8566 (フリガナ) カゴシマシ キョウサイチョウ 鹿児島市共済町2番2号			
	申請者に対する支払金融機関	預金種別	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。						
どちらかを記入する。						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名	全国健康保険協会		
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	

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、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※の受領に関すること。 ※ 出産育児一時金等の支給額（保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む）を上限とする。				
	令和 〇〇 年 5 月 10 日				
	甲の住所 鹿児島市鴨池新町10番1号				
	氏名 共済 太郎				
乙の所在地 鹿児島市共済町2番2号					
氏名 鴨池 太郎 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇					
受取代理人に対する支払金融機関	預金種別	普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	口座名義 (フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎
<p>(備考欄)</p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 〒 890-8577</p> <p>令和 〇〇 年 5 月 11 日 所属所所在地 鹿児島市共済町3-3</p> <p>所属所長 職・氏名 校長 鹿児島 一郎</p> <p>電話番号 ( 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )</p>					

(注) 1 出産者及び出産予定日が確認できる書類（母子（健康）手帳の写し等）を添付して共済組合へ提出すること（写しの場合は要所属所長の原本証明。）。  
2 「申請者に対する支払金融機関」欄は、記入不要である。