

出産費・家族出産費・附加金 支給申請書 (受取代理用)

申請者(組合員)が記入するところ	組合員証番号						所属(局・部・支店・課)		
	申請者(組合員)	氏名	(フリガナ)				生年月日		
							(和暦) 年 月 日		
		住所	〒 (フリガナ)				電話 - -		
		出産予定日・数	(和暦) 年 月 日				単・多(胎)		
		出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ)				生年月日	
							(和暦) 年 月 日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)						
		所在地	〒 (フリガナ)						
<input type="checkbox"/> 添付書類 ※□にチェックの上、申請書と併せてご提出ください。 ①「母子健康手帳の表紙の写し」+ ②「出産予定者の氏名、出産予定日が記載されているページの写し」									
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。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に産まれた場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。									
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か月以内に産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						
			記号・番号						
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に産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			保険者名						
			記号・番号						
医療機関等からの請求に対して共済組合の送金終了後に給付される附加金(4万円)の送金を請求します。 日本郵政共済組合様 (和暦) 年 月 日 氏名 (印) ※組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます									

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、出産費・家族出産費の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産費・家族出産費のうち、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。 (和暦) 年 月 日 甲の住所 氏名 (印) ※組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます 乙の所在地 名称 (印) 電話 - -								
	受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金融 信組							店・本店 支店 出張所
		預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義			(フリガナ)	

申請者(組合員)に対する送金先	共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
-----------------	-----------------------------------

処理欄	共済組合	受付	審査	1	2	入力	決定額
-----	------	----	----	---	---	----	-----

記載例

(日本郵政共済組合)

出産費・家族出産費・附加金 支給申請書 (受取代理用)

申請者(組合員)が記入するところ	申請者(組合員)	0	1	2	3	4	5	6	7	所属(局・部・支店・課)	〇〇郵便局 〇〇課	
	申請者(組合員)	氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ							生年月日		
			共済 太郎 (共済)							(和暦) 昭和61年11月20日		
	申請者(組合員)	住所	〒141-0000 (フリガナ) トウキョウト シナガワク ヒガシゴタンダ							電話 012 - 345 - 6789		
			東京都品川区東五反田〇-〇									
	出産予定日・数	(和暦)	令和〇年5月5日							単(多) (双胎)		
	出産予定者 ※申請者と同一の場合 は不要です	氏名	(フリガナ) キョウサイ ハナコ							生年月日		
			共済 花子							(和暦) 昭和61年12月10日		
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) キョウサイサンフジンカ									
		所在地	〒141-0000 (フリガナ) トウキョウト シナガワク ニシゴタンダ									
<input checked="" type="checkbox"/> 添付書類 ※□にチェックの上、申請書と併せてご提出ください。 ①「母子健康手帳の表紙の写し」+ ②「出産予定者の氏名、出産予定日が記載されているページの写し」												
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。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。												
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か月以内に出生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				記号・番号				
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生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				保険者名				記号・番号				
医療機関等からの請求に対して共済組合の送金終了後に給付される附加金(4万円)の送金を請求します。 日本郵政共済組合様 (和暦) 令和〇年〇月〇日 氏名 共済太郎 (共済) ※組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます												
受取代理人の欄	申請者(共済太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(共済産婦人科)(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、出産費・家族出産費の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産費・家族出産費のうち、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事。 (和暦) 令和〇年〇月〇日 甲の住所 東京都品川区西五反田〇-〇 氏名 共済太郎 (共済) ※組合員ご本人の自署の場合は押印を省略できます 乙の所在地 東京都品川区東五反田〇-〇 名称 共済産婦人科 (共済産婦人科) 電話 012 - 456 - 7890											
	受取代理人に対する支払金融機関	共済		銀行 金融 信組		東京		店・本店 支店 出張所				
	預金種別	普通 当座		口座番号		123456		口座名義		(フリガナ) キョウサイサンフジンカ 共済産婦人科		
	申請者(組合員)に対する送金先				共済組合に登録されている組合員のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金							
	共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	入力	決定額					

※申請者(組合員)が記入してください。