年　　月　　日

丸亀市長　様

申請者（世帯主）住　所

氏　名　　　　　　　　　印

出産育児一時金受取代理を申請し、出産育児一時金に係る請求及び受領を下記のとおり委任することを申し出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号・番号 |  | 出産予定者  （被保険者）の氏名 |  |
| 出産予定者  の生年月日 | 年　　月　　日 | 世帯主との続柄 |  |
| 出産予定日 | 年　　月　　日 |  | |
| 出産予定の  医療機関等名称 | 名　称 | | |
| 所在地 | | |
| 委　　　　　任　　　　　状  甲（世帯主）「　　　　　　　　　　」は、乙（医療機関等受取代理人）「　　　　　　　　　　　」を代理人と定め、甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して請求する分べん費用の額及び保険費用の額（産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合に限る。）の受領に係る権限を委任します。ただし、分べん費用の額及び保険費用の額の合計額（産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合は、分べん費用の額とする。）が出産育児一時金の額に満たない場合は、その額を限度額とします。  年　　月　　日  甲（申請者）  住　所  氏　名　　　　　　　　　印  乙（医療機関等受取代理人）  住　所  氏　名　　　　　　　　　印 | | | |

（添付書類）・出産予定日まで1か月以内であることを証明する書類

　　　　　　 ・産科医療補償制度登録証（産科医療補償制度に加入する医療機関等にお

いて出産する場合に限る。）