

出産育児一時金等内払金支払依頼書

〈本人・家族〉(どちらかに○を付けて下さい)

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				生 年 月 日					
	_____				5:昭和 7:平成	年	月	日		
	被保険者名		(フリガナ)				事業所名			
	被保険者住 所		郵便番号	_____			事業所所在地			
				(フリガナ)				電話 ()		

支払方法	支払金融機関の欄	金融機関	金融機関コード	預金種別	普通	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込	※	(ゆう ちょ 銀行 を含む)	口座番号			信連 農協	本所 支所

◎被保険者名義の口座番号(給与振込口座)を「支払金融機関の欄」にご記入ください。

◎「※」印欄は記入しないでください。

《この用紙は、出産後に付加給付を含む差額を請求するときにご使用ください。》

(添付書類)*

○分娩機関等から交付された出産費用の領収・明細書および合意文書の写し

*) 下記事項が確認できること

直接支払制度にかかる代理契約を分娩機関等と締結、および申請先となる当健保名の明記

出産者 出産日 出産児数 出産費用総額 代理受取額 領収印または公印

(産科医療補償制度対象分娩の場合)『産科医療補償制度の対象分娩です』の文言

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)	
備 考	