（別添様式1）

出産育児一時金等内払金支払依頼書

＜ 本人 ・ 家族 ＞（どちらかに〇を付けて下さい）

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ	被保険者等の記号・番号	生 年 月 日	
	――	5:昭和 7:平成　年　月　日	
	被保険者氏名	（フリガナ）	事業所名
			事業所所在地
	被保険者住所	郵便番号　―	（フリガナ） 電話　（　　）

支払方法	支払金融機関の欄	支払区分	金融機関（ゆうちょ銀行を含む）	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				※			信連 農協	本所 支所
				口座番号				

◎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)*

〇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

被保険者等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	