

出産育児一時金 被保険者 内払金・付加金支払依頼書
家 族

年 月 日

被 保 険 者 等 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				
	被保険者等 (依頼者) の氏名										(フリガナ)				事業所の名称			
	被保険者等 (依頼者) の住所										郵便 番号		(フリガナ)				事業所の所在地	
														電話 ()				

支 払 方 法	支 払 金 融 機 関 の 欄	支 払 区 分	金 融 機 関	金融機関コード				預 金 種 別	銀行			
				※					1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	金庫		
口座振込				口座番号				口座名義				
								(フリガナ)				
								本店				
								支店				

◎「※」印欄は記入しないでください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。									
	令和 年 月 日									
	本人	住所								
	家族	住所								
	氏名									
	氏名									

◎給付金の受領方を他人に委任する場合は委任状の欄を記入してください。

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(添付書類)

◎医療機関等から交付される直接支払制度代理契約に関する合意文書(写し)

◎出産費用の領収(写し)、及び明細書(原本)

(医療機関等が健康保険組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療保障制度に加入する医療機関等の医学管理の下で出産した場合は当該出産であることを証明するスタンプを押印したもの)

なお、領収証が複数ある場合は、その枚数と合計金額を記入してください。

枚数 _____ 枚

合計金額 _____ 円

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、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--