

被保険者が直接支払い制度を利用して請求する場合

多児分娩でも請求書1部

出産育児一時金

被保険者

家族

内払金・付加金支払依頼書

平成22年4月1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										
	1	-	2	2	2	2	2	2	2	2	5	0	0	1					0	1	
	被保険者等 (依頼者) の氏名		(フリガナ) サンヨウ カズコ										事業所の名称				株式会社 三陽商会				
		三陽和子										事業所の所在地				港区汐留1-2-20					
被保険者等 (依頼者) の住所		郵便番号		(フリガナ) ミナトクカイガン1-2 シオドメマンション102ゴウ										港区海岸1-2 汐留マンション102号				電話 03(2222)2222			
		105-0022																			

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	〇〇〇	銀行	
口座振込		※		1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	△△△	金庫	
					口座番号	11111111	口座名義
					三陽和子		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。	
	平成 年 月 日	
	本人	住所
	本人	氏名
家族	住所	被保険者以外の口座に振り込むときは委任状の欄も記入してください。
家族	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。

(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(写し可)・明細書(写し不可)

(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 1枚

合計金額 500,000 円