

出産育児一時金等内払金支払依頼書

【直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金額未満の場合の差額請求書】

【必須】
出産費用内訳明細書と、直接支払制度の合意文書のコピーを必ず添付のこと。

大建工業健康保険組合理事長 殿 令和 〇〇 年 ×× 月 △△ 日 依頼

被保険者証 記号・番号		123 — 4567			
所 属		大建工業（株）			
		〇×△ 〇 ・ 営業所・事務所・駐在			
被保険者等 （依頼者）	氏名	大建 太郎 〇		性別	〇 ・ 女
	生年月日	〇 ・ 平 〇〇 年 ×× 月 △△ 日			
	住所	(〒123-4567) 〇〇市 ××町・・・・			

※支払いは、毎月20日締め翌月給与払いです。

※退職者は下記、送金先をご記入下さい。

送金先	_____銀行 _____支店 （ゆうちょ銀行以外で）
	普通口座番号 _____ 名義人氏名（カナ） _____

組 合 処 理 欄	支 給 決 定	令和 年 月 日		支給決定の上通知 してよろしいか		令和 年 月 日	
		月給与	常務理事	事務長	係	出納日印	出納係
			〇	〇	〇		〇
出産日			単胎・多胎	支給額			