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 年 月 日 依頼

被保険者証 記号・番号		—			
所 属		(株)			
		部・営業所・事務所・駐在			
被保険者等 (依頼者)	氏名	Ⓜ		性別	男 ・ 女
	生年月日	昭・平 年 月 日			
	住所	(〒 —)			

※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
		Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ		Ⓜ
出産日			単胎・多胎	支給額		