

## 様式 39-内払

事業主 経由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

## 出産育児一時金 内払金 支給請求書

該当者 いずれかに○印		本人
		家族

記号	番号	会社名	所 属				
			電話番号				
被 保 者	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可		銀行コード		預金種別
		支店名		支店コード		普通 当座 貯蓄	
		口座名義	カタカナで記入	口座番号			
出産者氏名 (生年月日)	( 昭和・平成 年 月 日生)		被保険者と 出産者との続柄				
出生児氏名							
出産医療機関等 の名称							
記 入 欄	上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。						
	令和 年 月 日	〒					
	被保険者住所	_____					
被保険者氏名	_____		電話番号	_____			
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、本人確認するための添付書類が必要です。			備考欄	_____			

◎申請には医療機関から交付される次の書類(コピー可)の添付が必要です。

- ・直接支払を利用していることの合意文書
- ・出産費用についての明細書

健 保 記 入 欄	出産者・資格取得年月日		出産者・資格喪失年月日		健 保 受 付 印	
	年	月	日	年		月
	備 考			支払先		
			1. 個人 2. 任継 (上記以外は事業主)			