

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|----|---|---|------|-----|----|---|---|---|----|----|---|---|---|---|
| 伺年月日 | 年 | 月 | 日 | | 常務理事 | 事務長 | 担当 | | | | | | | | | |
| 支払年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 支払額 | | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | | | | | | | | | |
| 支給決定額 | 医療機関 | 款 | 項 | 目 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 摘要 | 資格 | 得 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者 | | | | | | | | | | | | 喪 | 年 | 月 | 日 |

被保険者
家族

出産育児一時金内払金支払依頼書

年 月 日

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------|---|------|--------------|
| 被保険者証の記号と番号 | ----- | | 被保険者の氏名と印 |  <small>※自署の場合は押印不要</small> | | |
| 被保険者の現住所 | 〒 - (TEL: - -) | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | |
| 分べんした年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 生産または死産の別 | 生産・死産 | 出生児または死産児の数 | 人 | 妊娠経過期間 | 週 | |
| 被扶養者が分べんしたための請求であるときはその者の | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | |
| 入院して分べんしたときは、その病院・産院の | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| 振込先金融機関 | 銀行 | | | 支店 | 預金種別 | 1:普通 2:当座 |
| | 口座番号 | 口座名義 | | フリガナ | | |
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。 年 月 日 | | | | | |
| | 被保険者(申請者)氏名(自署) | | |  <small>※自署の場合は押印不要</small> | | |
| | 事業所代理人の氏名 | | |  | | |

※ 出産育児一時金内払金(差額)は、直接支払制度を利用し、出産した費用の差額を受ける場合にご使用ください。

【添付書類】

医療機関等が発行する領収・明細書の写し(産科医療補償制度に加入の医療機関で出産した場合は「産科医療補償制度加入医療機関」のスタンプ印があるもの)

受付日付印