

同年月日	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	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	40 ----- 1234		被保険者の氏名と印	健保 太郎 		<small>※自署の場合は押印不要</small>
被保険者の現住所	〒 553-0000 大阪市福島区福島〇-〇-〇 (TEL:090 - 1234 - 5678)					
事業所の名称	株式会社ロイヤルホテル					
分べんした年月日	5年 12月 28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	1人		妊娠経過期間 35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	健保 花子		生年月日	H 3年10月1日生	
入院して分べんしたときは、その病院・産院の	名称	〇〇病院				
	所在地	大阪市北区〇〇 〇-〇-〇				
振込先金融機関	任意継続及び喪失者の方はこちらに記入					預金 1: 普通 2: 当座
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。 R〇年〇月〇〇日					
	被保険者(申請者)氏名(自署)		健保 太郎		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 在職者の方はこちらに記入 ※在職中の方は、事業所への委任払いになります。 </div>	
	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