

被保険者

支払印

受付印

家族

出産育児一時金等内払金支払依頼書(支給NO)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者	①被保険者証の記号番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称		
	③被保険者の氏名		④生年月日	昭・平 年 月 日生	
	⑤家族が出産のときはその者の氏名		⑥家族の生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	⑦資格喪失後6ヶ月以内の方 扶養認定後6ヶ月以内の方 のみ記入	保険者名	保険証 記号	保険証 番号	
	⑧入院された産院・病院または 診療所の名称・所在地	病院等の名称			
		所在地			
	⑨振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行 支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
	上記のとおり支払を依頼します。 令和 年 月 日				
〒 - TEL - - 被保険者の 住所・氏名 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿					

委 任 状	出産育児一時金の内払金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。 令和 年 月 日	
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	被保険者の氏名 _____ 代理人の住所・氏名 _____
	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	_____

領 収 証	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金の内払金として 令和 年 月 日 領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 _____

※ 支 給 (支 出) 決 定 伺		支給金額	出産年月日	※ 備 考				
	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金内払金		令和					
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金内払金	円	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 直接払				
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか			令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 間 接 払(給与振込)			
	・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日	常務理事				
・一般被保険者資格喪失年月日	令和 年 月 日							
・任継被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日							
・任継被保険者資格喪失年月日	令和 年 月 日		年 月 日認定					

※医療機関等発行の出産にかかった実費が確認できる「明細書」を添付してください。

※出産「育児一時金の医療機関直接支払制度に関する説明・同意書」を添付してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)