

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和 年 月 日

被 保 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	所 属	事業所名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -			
	分娩年月日	令和 年 月 日			
	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)			
	出産児の数	1人 ・ 双子 ・ その他 (人)			
※ 被扶養者 (妻・家族) が分娩した場合					
被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
※ 退職後の請求の場合					
入社年月日	昭・平・令 年 月 日	退職年月日	平・令 年 月 日		
フリガナ		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ	
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義	

健 保 記 入 欄	支 給 額	¥	支給決定日		令和 年 月 日
			支給決定 並びに 支出決議	常務 理事	担 当 者

- [注意事項] 1. 医療機関等で直接支払制度を利用し、出産費用が42万円未満の場合に差額を支給するための依頼書になります。
(産科医療補償制度未加入機関で出産した場合は40万8千円未満となります。)
2. 本依頼書をご提出いただかない場合も、差額が発生した場合は3~4ヵ月後に自動的に払い戻しを行います。
差額分の払い戻しをお急ぎの方は本依頼書をご提出ください。お急ぎでない場合、提出は不要です。

- [添付書類] 1. 医療機関から交付される領収・明細書の写
2. 医療機関から交付される合意文書の写

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印	
------------	--