

被保険者  
家族

出産育児一時金 差額内払金支払依頼書

被保険者証の 記号・番号			事業所の 名称				
出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） 氏名		生年月日	昭和	年	月 日	
出産した年月日	令和 年 月 日		出生児氏名	※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です			
生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合	生産の 出生児数	人	死産の 出生児数	人	死産の場合 の妊娠経過 期間	
出産した医療機関	医療機関の名称		所在地				
出産した方について	○被保険者 ⇒退職後 6 か月以内の出産ですか <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ○家族 ⇒当組合に扶養認定後 6 か月以内の出産ですか ↓下記の項目にご回答ください						
	「はい」と 回答された 方のみ記入	○被保険者 ⇒現在加入している保険者 について記入	資格期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
		○家族 ⇒当組合の前に加入していた 保険者について記入	記号・番号				
			保険者名				
同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 ・ <input type="checkbox"/> 受けていない							
払渡し 希望の 振込先	金融機関名	支店名（店番）	口座番号		口座名義人氏名		
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座		フリガナ 氏名		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者（申請者） 〒 -

住所.....

氏名.....

TEL (.....) -

<添付書類>

■内払金支払依頼書として提出する場合

医療機関等より受け取られた書類（明細書・請求書等・合意文書等）の原本を必ず添付してください。  
添付書類は確認後、支払通知とともにご返却します。

※直接支払制度を利用している方で差額がある方は、医療機関から請求書が届き次第、差額申請書を当健保から送付いたしますので、ご記入・押印後、返送をお願い致します。

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印