

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	氏名 (自署)	フリガナ			事業所名称					
	住所 電話番号	(〒 -)			電話番号:	()				
申請内容	出産した年月日	令	年	月	日	出生児の氏名				
	出生児の数	人			死産の場合	死産児数	妊娠経過期間			
						人	満	週		
	出産した医療機関等	名称				所在地				
	家族が出産した 場合はその方の	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日
	出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか				□はい ・ □いいえ				
	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください				保険者名					
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について				記号・番号					
	この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を				□受けた/受ける予定 ・ □受けない					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組			預金種別	普通 ・ 当座				
		本店・支店・出張所			口座番号					
	口座名義 (カタカナ)				口座名義区分	被保険者(申請者) ・ 代理人				
委任状	口座名義人が 代理人の場合 にご記入くだ さい。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日							
		代理人 (口座名義人)	住所							
			氏名(自署)	被保険者との関係 ()						

備考

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健保使用欄】

出産育児一時金	円
代理受取額	円
支給額	円

受付年月日