

◎請求の際に今一度確認を！「書きもれないか」「印もれないか」確かめて提出して下さい。

※ 支給決議書	伺い年月日	令和	年	月	日	資格	取得 喪失	年	月	日	常務理事	
	支 給 額						該当条文	扶養資格	内 訳			
	出産育児一時金等 内 払 金						第114条	有・無	支払 機関	円	担当者	
	出産育児付加金						規約第46条		被保 険者	円		
										合 計		

(請求上の注意)

(1) 記入については、下の「記入上の注意」をご覧ください。
(2) ※欄は記入しないで下さい。

健康保険 出産育児一時金等内払金兼出産育児付加金支払依頼書

被保険者の (請求者)	① 氏 名		② 生 年 日 月 日	昭和 平成	年 月 日
③ 被保険者(請求者) の住所	〒 () 電話 ()				
④ 健康保険 被保険者証の	記号		⑤ 事業所名称		
	番号		⑥ 事業所 所在地		
家族が出産したた めの請求である場 合はその者の	⑦ 氏 名		⑧ 生 年 日 月 日	昭和 平成	年 月 日
⑨ 出 産 日	令和	年	月	日	
⑩ 分娩した医療機関等の	名 称				
	所在地				
⑪ 振込依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫		本店	支店
	預金種別	当座・普通	口座番号		
	預金名義人 の氏名	フリガナ			

受領委任の欄	(注) この欄は、この給付金を受け取ることをだれかに(被保険者以外に)委任するときだけ記入して下さい。	
	⑫ 本請求に基づく給付金の受領を 住所 (又は事業所名称及び所在地) 氏名 被保険者氏名(委任者)	に委任します。

受付日付印

【記入上の注意】

- この支払依頼書は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用された方が出産育児一時金等の請求をする場合に提出して下さい。
- この支払依頼書を提出する際は、医療機関等からの明細書(写しでも可)の添付をして下さい。
- ②欄及び⑧欄は該当する年号を○で囲んで下さい。
- ⑩欄の分娩した医療機関等の名称・住所は、分娩した病院及び診療所または助産所などの医療の名称及び住所を記入して下さい。