

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書 家族 出産育児付加金 差額分請求書

【直接支払制度利用者用】

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日	
			 (★)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
② 被保険者の 現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号	
				()	
③ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)				④ 出産日	平成 年 月 日
⑤ 出生児の氏名			⑥ 続柄	⑦ 出産児数	人
				(長男・長女等)	⑧ 死産児数
⑨ 家族が 出産した場合	出産した家族の氏名		生年月日		続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		

振込先金融機関の欄

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
 (被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	(店番号)	本店 支店	受取 代理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。		
預金種別	銀行・金庫			普通・当座	被保険者(請求者)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ
口座番号 (左づめでご記入ください)				(住所)	 (★)	
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)			(氏名)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他()	
			代理人(口座の名義人)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ		
			(住所)	 (☆)		
			(氏名)			

[添付書類]

- 1 出産費用の内訳(出産日・出産児数等明記のあるもの)を記した領収・明細書コピーを添付してください。
- 2 直接支払制度合意文書(代理契約に係る文書)の原本(本人控分)を添付してください。