

出産育児一時金等内払金支払依頼書

年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号	被保険者の 氏名及び 生年月日		
	—		年 月 日	
	被保険者の 現住所	郵便番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>	☎ ()	
	被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	名 称		
	所在地			
出産年月日	年 月 日			

※直接支払制度を50万円(産科医療補償制度未加入の場合は48万8千円)使われた場合でも、付加金1万円の振込みがあります。
 ※健康保険の資格喪失後に支払いを依頼する時は、下記の振込み先を記入してください。
 それ以外の方は給与口座に振り込みますので、下記振込み先欄への記入は不要です。
 ※ゆうちょ銀行へは通帳に記載されている記号・番号のみでは振込みができません。
 店名・預金種目・口座番号が必要となります。詳しくはゆうちょ銀行へお尋ねください。

振 込 み 先	銀行コード <input style="width: 40px;" type="text"/>	支店コード <input style="width: 40px;" type="text"/>	
	銀行・農協 信金・信組 ゆうちょ銀行	本 店 支 店	普通・当座
口座番号	(被保険者名義の口座を記入してください)		フリガナ 口座名義

[添付書類]

- ① 出産した医療機関が『産科医療補償制度』に加入していることを証明した
スタンプ印のある領収明細書(写し)
- ② 医療機関が交付した直接支払合意文書(写し)

健保組合使用欄

常務理事	担当	支給決定日
		年 月 日
		支払日
		年 月 日
法定		円
直接支払制度利用額	—	円
付加金		円
支給決定額		円