

	支給年月日	支給金額	備考	常務理事	事務長	課長	担当
直接支払分							
内払分							
資格取得日	年 月 日						
資格喪失日	年 月 日						
出産日	年 月 日						

出産育児一時金等内払金支払依頼書

依頼年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	事業所名									
	電話番号				内線					
	被保険者の住所	郵便番号	—	電話番号	()					
		フリガナ								
	分娩した者の氏名	(フリガナ)	出生児の氏名		(フリガナ)	続柄				
分娩年月日	令和 年 月 日	備考								

振込を希望する銀行	銀行コード		銀行名		銀行
	店番号		支店名		支店
	預金種目	普通 当座	口座番号		
	口座名義	カタカナ(必ず記入)			
漢字					

【出産育児一時金内払金支払依頼書を提出する方へ】

この支払依頼書は、出産費用が出産育児一時金より少ない場合に差額分の支払を健保に求めるために使用するものですが、この用紙を提出していただくなくても、差額分は健保より給与組込にて支給させていただきます。差額分をすみやかに入金を求める場合のみこの依頼書を使用してください。

※出産育児一時金内払金支払依頼書を提出する際の注意点

- ・医療機関等で交付される、出産にかかる費用(42万円未満)がわかる明細書(産科医療補償制度加入医療機関の場合は、スタンプの押印もしくは制度加入医療機関である旨が印字されているもの)を必ず添付してください。
- ・振込を希望する銀行口座は、被保険者または被扶養者名義の口座のみです。それ以外の口座への振込は受理できませんのでご了承ください。