

出産育児一時金等内払金支払依頼書

年 月 日

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生年月日				
		-	5.昭和	年	月	日	
			7.平成				
			9.令和				
	被保険者等 (依頼者) の氏名	(フリガナ)				印①	
	事業所の名称②						
	事業所の所在地						
	被保険者等 (依頼者) の住所	郵便 番号					(フリガナ) 電話 ()
	委 任 状	この内払金の受領を②の事業所に委任します。					
		令和 年 月 日 被保険者氏名					印③
	※現在②の事業所に勤務の方は、委任状③に①と同一の印を押して下さい。						
	※退職後の請求で上記に委任しない場合は「給付金等振込送金依頼書」を提出して下さい。						
出 産 年月日	平成・令和 年 月 日						
分娩機関等の名称							
分娩機関等の所在地							
出産した者の氏名 及び生年月日			被保険者と異なる住 所の場合の住所				
	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄				

※印①と印③は同一の印とし、ハッキリと確認できるように押印下さい。
 ※訂正した箇所には被保険者等印①と同一の印を押印下さい。
 ※この依頼書には分娩機関より交付された、費用の内訳を記した明細書を必ず添付して下さい。

健 保 組 合 確 認 欄	※記入しないで下さい。	
	<input type="checkbox"/>	支払機関(国保連)よりの請求は、 年 月 日に支払済(予定)
	<input type="checkbox"/>	支払機関(国保連)よりの請求は未着。制度利用の有無及び支払額確認済み
	<input type="checkbox"/>	支払機関(支払基金)よりの請求は、 年 月 日に支払済(予定)
生産・死産の別は、医療機関に確認済み。(生産・死産(妊娠第 週))		

受付印