

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

## 出産育児一時金(本人・家族)内払金支払依頼書

XX年XX月XX日

|   |                      |           |                |   |    |         |   |              |            |   |                           |
|---|----------------------|-----------|----------------|---|----|---------|---|--------------|------------|---|---------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>等<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の記号・番号          |           | 生年月日           |   |    |         |   |              |            |   |                           |
|   | 11                   |           | -              |   |    | 123456  |   |              | 年          | 月 | 日                         |
|   |                      |           | XX             |   |    | XX      |   |              | XX         |   |                           |
|   | 被保険者の氏名              |           | (フリガナ) ケンポ タロウ |   |    | 事業所の名称  |   |              | 株式会社〇〇〇〇   |   |                           |
|   |                      |           | 健保 太郎          |   |    | 事業所の所在地 |   |              | 〇〇県〇〇市△△町1 |   |                           |
|   | 家族の分娩であるときはその氏名、生年月日 |           | 健保 愛子          |   |    | 生年月日    |   |              | 年          | 月 | 日                         |
|   |                      | XX        |                |   | XX |         |   | XX           |            |   |                           |
| 分娩年月日   |                      | XX年XX月XX日 |                |   |    |         |   |              |            |   |                           |
| 被保険者の住所   |                      | 郵便番号      | 1              | 2 | 3  | -       | 4 | 5            | 6          | 7 | (フリガナ) 〇〇ケン 〇〇シ △△チ 1-2-3 |
|   |                      |           |                |   |    |         |   | 〇〇県〇〇市△△町1-2 |            |   | 電話 (999)999-9999          |

|         |          |      |         |       |      |                       |    |                      |   |   |   |   |      |                |
|---------|----------|------|---------|-------|------|-----------------------|----|----------------------|---|---|---|---|------|----------------|
| 支払方法    | 支払金融機関の欄 | 金融機関 | 金融機関コード | 預金種別  | 〇〇   | 銀行<br>金庫<br>信組        | △△ | 本店<br>支店<br>出張所      |   |   |   |   |      |                |
| 1. 現金払い | ※        | ※    | ※       | 1. 普通 | 〇〇   | 信連<br>信漁連<br>農協<br>漁協 |    | 本所<br>支店<br>本店<br>支店 |   |   |   |   |      |                |
| 2. 口座振込 |          |      |         | 2. 当座 |      |                       |    |                      |   |   |   |   |      |                |
|         |          |      |         | 3. 別段 |      |                       |    |                      |   |   |   |   |      |                |
|         |          |      |         | 4. 通知 |      |                       |    |                      |   |   |   |   |      |                |
|         |          |      |         |       | 口座番号 | 1                     | 2  | 3                    | 4 | 5 | 6 | 7 | 口座名義 | (フリガナ) ケンポ タロウ |
|         |          |      |         |       |      |                       |    | 健保 太郎                |   |   |   |   |      |                |

◎支払方法について、「1. 現金払い」を希望される方については、「支払金融機関の欄」の記入の必要はありません。

◎「※」印欄は記入しないでください。

添付書類 : 医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書(写)を必ず提出のこと。