

※健保組合使用欄		支給金額					決定	年 月 日			
取得								常務理事	事務長	課長	主任
喪失	内訳	出産育児一時金									
		付加金									

# 健康保険 被保険者家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

※この依頼書は直接支払制度を利用した方の用紙です。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日	1. 昭和 年 月 日	2. 平成	3. 令和
	被保険者氏名・印	(フリガナ)	出産された方の氏名 (被保険者の場合は記入不要)		(フリガナ)		
	住所	(〒 - )	都 道	府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	

口座名義の区分  
1. 申請者  
2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
		氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	

委任者と代理人との関係

氏名・印

## 【添付書類】

- ・直接支払制度合意文書(写)
- ・出産費用の明細書(写)

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

受付日付印