

※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 内払金支払依頼書 差額申請書

被保険者(申請者)記入用

※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	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所 (〒 -)			都(道) 府(県)	年 月 日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

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	普通	口座番号 (左づめ)		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。			

【添付書類】

- 直接支払制度合意文書(写)
- 出産費用の明細書(写)

※出産年月日、出生児数、産科医療保障制度、代理受取額の記載がある明細を添付してください。

受付日付印

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄