

【記入例】

支給 支出 決議書	常務理事	事務長	担当者	令和 年 月 日 起案
				支給額 円
	備考欄			
	分娩年月日	令和 年 月 日		
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日			
資格喪失日	令和 年 月 日			

被保険者 家族 **出産育児一時金内払金支払依頼書**

■直接支払制度を利用⇒差額あり⇒差額を早めに受け取りたい

被保険者証の記号番号	記号	1	番号	23456	事業所名	●●株式会社				
被保険者氏名	健保 太郎 (印)			生年月日	昭和45年 3月 3日					
被保険者住所	〒 - -				住所・電話記入		(TEL - -)			
家族が出産した場合 その家族の氏名	健保 花子			生年月日	昭和50年 3月 3日 続柄(妻)					
出産年月日	令和 元 年 5月 1日				生産 (印)		死産			
出生児の氏名				続柄	長男		被扶養者であるかないか	有 (印) ・ 無		
出産した医療機関の名称				出産した医療機関の所在地						
被保険者(請求者)の 振込希望銀行	銀行コード	123		銀行名	●●銀行		普通当座	No		1234567
	店番号	456		支店名	●●支店		ケンポ タロウ			
<p>委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振り込む場合) ①振込名義人名・名義人印 ②被保険者(栗田健保加入者本人)名・被保険者印</p>										
委任する場合は記入	令和 年 月 日			(1)	(印) に委任する。					
				被保険者氏名	②		(印)			
<p>※ 家族が栗田健保に加入後、6ヶ月以内の出産の場合は下記の記入が必要です</p>										
栗田健保加入以前の 被保険者名称	●●●			<input type="checkbox"/> 健康保険組合	記号	100		番号	1234	
				<input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ						
				<input type="checkbox"/> 国民健康保険						
電話番号	電話番号記入			資格喪失日	平成 31年 1月 30日					
栗田健保に上記情報を提供することに同意いたします 令和 元 年 6月 1日 出産者氏名 ケンポ ハナコ (印)										

委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振り込む場合)
 ①振込名義人名・名義人印 ②被保険者(栗田健保加入者本人)名・被保険者印

栗田健保の被扶養者になって6か月以内の場合は必ず調べてご記入ください。

- 添付書類
- ①医療機関から交付される出産費用の「領収・明細書(写)」(産科医療補償制度のスタンプがあるもの)
 - ②医療機関等と取り交わした、直接支払い制度利用に関する「合意文書(写)」