

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

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	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 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
	氏名 (自署)	フリガナ -----		生年月日	昭・平・令 年 月 日											
	住所 電話番号	(〒 —)		電話番号 :		()										
事業所名称																
申請内容	出産した年月日	令 年 月 日		出生児の氏名												
	出生児の数	人		死産の場合	死産児数 人	妊娠経過期間 満 週										
	出産した医療機関等	名称		所在地												
	家族が出産した 場合はその方の	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日											
	出 産 し た ●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか 方 ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください			□はい ・ □いいえ												
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について			保険者名												
	この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を			記号・番号												
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座												
		本店・支店・出張所	口座番号													
	口座名義 (カタカナ)	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。														
	公金受取口座	□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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。														

【健保使用欄】

出産育児一時金	円
代理受取額	円
支給額	円

受付年月日