

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 000	番号 000000	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			
	氏名 (自署)	フリガナ ミツビシ タロウ 三菱 太郎		生年月日	昭平令 00 年 00 月 00 日		
	住所 電話番号	(〒 000- 0000) 00県00市00町1-1			電話番号: 000 (000) 0000		
	事業所名称	0000株式会社00工場					
申請内容	出産した年月日	令 00 年 00 月 00 日		出生児の氏名	三菱 愛美		
	出生児の数	1 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	00病院	所在地	00県00市△△町1		
	家族が出産した 場合はその方の	氏名	三菱 花子	生年月日	昭平令 00 年 00 月 00 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 ・ ☒ いいえ			
	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください ●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			
振込先	金融機関名	00 銀行 金庫 農協 信組		預金種別	普通 当座		
	口座番号	00 本店 支店 出張所		口座番号	0 0 0 0 0 0 0		
	口座名義 (カタカナ)	ミツビシ タロウ ※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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					

【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