

出産育児一時金等内払金支払依頼書

＜本人・家族＞（どちらかに○を付けて下さい）

令和 XX 年 XX 月 XX 日

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者等の記号・番号		生 年 月 日			
	XX	XXXXX	5:昭和 7:平成	X	X	X
	被保険者氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○	事業所名	株式会社○○○○○		
		○○ ○○	事業所所在地	○○市○○町 XX-X		
被保険者住所	郵便番号	X X X - X X X X	(フリガナ)	○○○○○○○○○○○○		
				○○市○○町○○ XXXX-X		
				電話 XXX (XXXX) XXXX		

支払方法	支払金融機関の欄	金融機関	金融機関コード	預金種別	普通	○○○○	銀行 金庫 信組	○○○○	本店 支店 出張所
口座振込	※	(ゆうちょ銀行を含む)	※				信連 農協		本所 支所
	口座番号	X X X X X X X X							

◎被保険者名義の口座番号(給与振込口座)を「支払金融機関の欄」にご記入ください。

◎「※」印欄は記入しないでください。

《この用紙は、出産後に付加給付を含む差額を請求するときにご使用ください。》

(添付書類)

○分娩機関等から交付された出産費用の領収・明細書、および合意文書の写し。

*）下記すべての事項が確認できるもの（様式は分娩機関により異なります）

☐ [直接支払制度] の利用について分娩機関と締結した際の文書☐ 出産者名 ☐ 出産日 ☐ 出産児数 ☐ 出産費用総額 ☐ 代理受取額☐ 領収印または分娩機関の押印☐ (産科医療保障制度対象分娩の場合)『産科医療補償制度の対象分娩です』の文言
(印字またはスタンプ)

被保険者等の記号・番号は、[資格確認書]か[マイナポータル(保険証の情報)]をご確認ください。

備 考