

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 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号		生 年 月 日					
	_____		5:昭和 7:平成	年	月	日		
	被保険者 氏 名	(フリガナ)					事業所名	
							事業所所在地	
被保険者 住 所	郵便 番号	(フリガナ)					電話 ()	

支 払 方 法	支 払 金 融 機 関 の 欄	支 払 区 分	金 融 機 関 (ゆう ちよ 銀行 を含む)	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		
				※								信連 農協		本所 支所
				口座番号										

◎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	