

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
支給額	円		
標準報酬月額	円 (第 級)		

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年	月 日
資格喪失	年	月 日
支払年月日	年	月 日

被保険者
家 族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者証	記号	1011	分娩者	氏名	健保 花子				被保険者との続柄	本人・ 家族
	番号	2568		生年月日	60	年	10	月		
出生児氏名		健保 一郎								
被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇株式会社				電話	03-0000-0000			
	所在地	東京都 〇〇区〇町 1-1-1								
上記のとおり請求します。										
富士紡健康保険組合 御中										
令和 元年 6 月 1 日										
被保険者住所		〒100-0000 東京都 〇〇区〇町4-5-20								
氏名		健保 太郎								
電話番号		(勤務先・自宅・携帯) 090-0000-0000								
在職中の方は受領を会社へ委任してください		この給付金の受領方を _____ に委任します。								
		被保険者氏名 _____ (印)								
振込先を記入	銀行		支店			普通・当座				
	口座番号	口座名義		フリガナ						

(請求上の注意)

この依頼書は「直接支払制度」を利用し、出産費用が出産育児一時金支給額の42万円※未満であったときに提出してください。

※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合です。未加入医療機関等においての出産は、出産費用が出産育児一時金支給額の39万円未満の場合となります。

(添付書類)

本依頼書に下記(1)(2)を添付して提出してください。

- 「直接支払制度」を希望する旨を出産した医療機関等と取り交わした合意文書の写し
- 出産した医療機関等が発行する領収書明細書の写し※

※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合はそのスタンプが必要となります。