

支払決議書	支払年月日	令和 年 月	堂務理事	事務長	会計	扱者
	支払額	健康保険組合使用欄				

直接支払制度利用

記号・番号は、①マイナンバー、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

険者族

## 出産育児一時金 内払金支払依頼書

チェック項目は該当するものに✓

保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	② 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 1月 1日
	④ 申請者の住所	〒 XXX - XXXX ※ 都道府県から記入してください。 〇〇県△△市□□□町1-1			⑤ 電話番号	〇〇〇-△△△-□□□□
	⑥ 事業所の名称	〇〇〇〇株式会社	出向者は出向元を記入		被扶養者の出産はその者の氏名および生年月日	健保 花子 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇年 3月 1日
	⑦ 出産年月日	令和 〇年 9月 1日	⑧			
	⑨-1 生産児数	1 人	⑨-2 死産児数	人	妊娠経過期間	満 週
	※ ⑩・⑪はどちらか一方に記入してください(任意継続および資格喪失後の申請の方→⑩、在職中の方→⑪)					
	⑩ 支払金融機関	銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 金融機関コード [ 9999 ]	支店 <input checked="" type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 店番号 [ 999 ]	備考欄 死産の場合のみ、妊娠経過期間についても記入		
	預金種別	口座番号	フリガナ	ケンポ タロウ		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	〇〇〇〇〇〇	口座名義	健保 太郎		

※ ⑩・⑪はどちらか一方に記入してください(任意継続および資格喪失後の申請の方→⑩、在職中の方→⑪)

⑪ 委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 9月 15日				
委任状	被保険者(申請者) 住所	〇〇県△△市□□□町1-1			
	氏名	健保 太郎			
	住所	〒 XXX - XXXX	TEL	〇〇-△△△△-□□□□	
受取代理人 住所	〇〇都△△区□□□1-1-1				
氏名	フリガナ	〇〇〇〇カブシキガイシャ ●●●●			
		〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 ●●●●			
		(申請者が在職中の場合) 事業所担当者は必ず押印			事業所担当者印 担当
		受付日付印			

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には訂正者の印を押してください。

## 【記入上の注意】

- 選択項目については、□に✓を入れてください。
- ①記号・番号は保険証に記載されています。
- 給付金の振込先について  
〔在職中の申請の場合〕  
①委任状の被保険者(申請者)の欄に記入してください。事業主の選定した受取代理人へ給付金を振り込みます。  
⑩への記入は不要です。  
〔任意継続被保険者の方もしくは資格喪失後の申請の場合〕  
⑩に指定口座の情報を記入してください。  
申請者の名義ではない口座への振り込みを希望する場合、⑪委任状への記入が必要です。

## 添付書類

- 医療機関等との合意文書(写し)  
… 直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当健保組合である旨を記載したもの
- 医療機関等から交付を受けた「出産日・出産児数・代理受取額」が記載された領収書または明細書(写し)  
… 産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたもの