

常務理事	事務長	係
支払額		

**\* 出産育児一時金等内払金支払依頼書 \***

令和 年 月 日

被保険者等 が記入する ところ	被保険者証の記号・番号		(フリガナ)	被保険者の生年月日			
	記号	番号	被保険者の氏名	5:昭和	年	月	日
	事業所の名称						
	事業所の所在地						
	被保険者の住所と電話番号		〒				
		電話番号					
被扶養者が出産された場合は被扶養者の氏名等		氏名	生年月日	昭・平	年	月	日
				出産日	令和	年	月

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	(ゆうちょ銀行以外をご記入ください)		銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
口座振込			※	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知			信連 信漁連 農協 漁協	本所 支店 本店
			口座番号	口座名義		(フリガナ)		

◎「※」印欄は記入しないでください。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

提出順序 : 本人 ⇒ 支店・支社 ⇒ 本社(人事総務部) ⇒ 健保

※ 受領代理人払い、給与に加算給付をするので下記の委任状に記入してください。

委 任 状	私は、	にこの本人・家族、出産育児一時金の受領方を委任します。			
	令和 年 月 日				
	被保険者	住所	氏名		
	受任者	住所	氏名		

受付日付印

※ 「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生 の提供、社員名簿、各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。ただし、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」

上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。

## 記入解説

- ・ この依頼書は、医療機関と直接支払の契約をされて実際の金額が48.8万円(50万円)未満だった場合にご使用ください。  
48.8万円(50万円)から領収・明細書の金額を差し引いた額を支給します。
- ・ この依頼書と医療機関より発行される「**領収書のコピー・明細書のコピー**」と「**合意文書のコピー(直接支払を利用する旨の契約書)**」と一緒に人事部を経由して健康保険組合へご提出ください。
- ・ 被保険者が在職中の方は受任者へお振込いたします。被保険者であった女性で退職されてから半年以内に出産された方はお振込先口座をご記入ください。(ゆうちょ銀行以外の本人名義の口座をお願いします)
- ・ ①又は②の要件を満たした事を確認し、確認欄に✓をつけてください。