

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

受付年月日

請求者が記入するところ	健康保険被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日			
	①	②	昭和 平成	年	月	日
	④ 被保険者の氏名		(ア) 家族出産育児一時金の支払依頼の場合は、分娩した家族の氏名等 (氏名) (旧姓) (生年月日)			
	(フリガナ)		(フリガナ)		昭和 平成	年 月 日生
	(イ) 事業所の名称			(ウ) 事業所の所在地		
	⑤ 郵便番号		(エ) 被保険者の住所・電話番号			
	—		(フリガナ)			
			電話 ( )			
	⑥ 分娩年月日		⑦ 出産児数	⑧ 死産児数	⑪ 該当する支給要件はどちらですか (被保険者が分娩した場合)	⑫ 家族があなたの被扶養者になった時期(家族が分娩した場合)
	令和	年 月 日	人 (妊娠第 週 又は第 月)	人	ア. 被保険者期間中の分娩 イ. 資格喪失後6ヶ月以内の分娩 (資格喪失後加入している医療保険制度名等を下欄に記入して下さい)	ア. あなたが資格取得した時から イ. その他 (あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度名等を下欄に記入して下さい)
(医療保険制度名および保険者)			(被保険者氏名)		(被保険者証記号番号)	
全国健康保険協会			支部 健康保険組合			
請求者・受取代理人が記入するところ	⑨ 振込を希望する銀行等の名称・預金口座番号を記入して下さい。(請求者又は代理人名義の口座)					
	銀行名等 及び店名	銀行 金庫・農協 信用組合	支店・本店 出張所・本所		口座 名義人	
			普通・( )		口座番号 NO.	
	⑩ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任いたします。 令和 年 月 日			代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	被保険者 (請求者) との続柄
被保険者(請求者) 氏名			※代理人が署名 してください	—		

- (添付書類) ①医療機関との直接支払合意文書の写し  
②医療機関に支払った領収書の写し