

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和 ** 年 ** 月 ** 日 提出

被 保 者 記 入 欄	①保険証の記号番号 ** - ****		②生年月日 昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日			③会社・所属名称 アイフル株式会社 ○○部○○課 (TEL: ○○○-○○○-○○○)					
	④被保険者の氏名と捺印 フリガナ アイフル ハナコ 愛振 花子		⑤被保険者(申請者)の住所 〒***-**** ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ Ⓣ 連絡先:(○○○) ○○○ - ○○○○ ※携帯可								
	⑥分娩した者の氏名 愛振 花子					⑦社員番号 *****					
	⑧分娩年月日 令和 ** 年 ** 月 ** 日										
	出産した医療機関の		名称 ○○○レディースクリニック								
			所在地 〒 ()								
	配偶者の被保険者証		記号番号	いろは***	夫の氏名	愛振 太郎	生年月日	昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日			
			保険者名 (健保組合・社保・国保・その他)		○△□健康保険組合						〒 ○○○(○○○)○○
	⑨振込先(省略不可。必ず④の本人名義のもの) ※健保届出時と苗字が異なっている場合は氏名変更届が必要になります。 ○○○ 銀行 信用金庫 ○○○ 本店支店 普通 * * * * * * *										

■注意事項

この用紙は、出産費用が42万円(産科医療補償制度未加入機関での出産の場合は40.4万円)未満で差額を請求する場合にのみ使用してください。
 ※他の保険者(制度)から出産育児一時金・家族出産育児一時金を受ける(受けた)場合は、内払(差額)金及び家族出産育児付加金は請求できません。
 ※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。

■添付書類

医療機関で発行される領収・明細書
 ※産科医療補償制度加入の医療機関等で出産した場合は、所定のⓉを押印してもらってください。

(健保記入欄)

処 理 結 果			理事長	常務理事	事務長	係
資格取得日	平成・令和	年 月 日				
資格喪失日	平成・令和	年 月 日				
出産日	令和	年 月 日				
支給年月日		支給金額				
直接支払分					受付年月日	
内払分						