「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご 確認の上、ご記入ください。

本人と被扶養者は同じ記号番号です。

ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。

年	月	日
年	月	目

記入例

健康保険

被保険者 族

出産育児一時金 内払金・付加金支払依頼書

(直接支払制度利用専用)

書類経路: 被保 (1																<u>(</u>) <u> </u>	リ スノ	又加	11 <i> </i>	<u>又个</u>	1)\1	寸/	11/		
類番の	※	被	記	号	<u> </u>	番	号		生			F		누	· /□			(フリオ	i ナ)	ケン	ンポタロ	ュウ						
被保険者(前求者) □ 460 - 8686 □ 1el (0.566 □) 82 - 9851 (青類経路:	保	1 1	0 1		1 2	3	4	-					(請求	者		健保 太郎										
## 被 養者が出産したための 氏 名	被保険		(申言	青者)										-]	9851													
世代 1			被扶養申請で	き者がと ごあると	出産し :きはそ	たた& その者	かの i 新の i	被扶養者 氏 名				健保 花子						扶年	養月	者日	平成	5	5			3 0		
出産した方が被扶養者になる以前に勤務していた事 一次 一次 一次 一次 一次 一次 一次 一	\bigcup					健	保	一郎							長男	男		生年	児 月		令和	0	年 1			1 O		
出産した方が被扶養者になる以前に勤務していた事 一次 一次 一次 一次 一次 一次 一次 一	健 保	が	この下の)欄は、	健康保	険にた	11入し	ていた	家族;	が、退職	銭後6ヶ	後6ヶ月以内に		出産され	れた場合	れた場合のみ、	該当	欄に記	記入し	ノてく	ださい。	* **	建保網	组合值	も用札	剿		
記	組合	75					<u> </u>																		镁	組合		
Tel (フリガナ) Tel () で で 日 (フリガナ) で で 日 (日 (記		前に勤			所	在 地								Tel	() –						(田中山1)				
A A A A A A A A A			7	未	ולו	V)	勤務	務期間平		平成•令和 年 月~			令和 年 月			の旧姓								月	日			
す 口座番号 0 1 2 3 4 5 6 口座名義 ケンポ タロウ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 取 佐所 人 世界 で 大理人の任所 (フリガナ) 下目() - 中間 今和 5 年 3 月 1 日 提出 で で 行りガナ) 下 で で 行目付印		入	込	預金種別	·	7	(ゆうち	うよ銀行										金庫 宣士 支店										
る 受 令和 年 月 日 皮 取 (大理人の氏名 (フリガナ) (スリガナ) (フリガナ) (フリガナ) (フリガナ) (アリガナ) (アリカナ) (アリカナ) <td ro<="" td=""><td></td><td>す</td><td>П</td><td>П</td><td>座番</td><td>号</td><td>0</td><td>1 2</td><td>3</td><td>4 5</td><td>6</td><td>口座</td><td>名:</td><td></td><td>(カタカナン</td><td>で記入)</td><td></td><td colspan="2">ケ</td><td>ポ</td><td>タロウ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></td>	<td></td> <td>す</td> <td>П</td> <td>П</td> <td>座番</td> <td>号</td> <td>0</td> <td>1 2</td> <td>3</td> <td>4 5</td> <td>6</td> <td>口座</td> <td>名:</td> <td></td> <td>(カタカナン</td> <td>で記入)</td> <td></td> <td colspan="2">ケ</td> <td>ポ</td> <td>タロウ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>		す	П	П	座番	号	0	1 2	3	4 5	6	口座	名:		(カタカナン	で記入)		ケ		ポ	タロウ						
取 (大理人 (フリガナ) (フリガナ) (フリガナ) (フリガナ) (アロノガナ)			117	本					する		代理力	に委任	任しま	きす。														
と 代 (フリガナ) 人の氏名 印 人の住所 (フリガナ) Tel()) - 今和5年3月1日提出 受付日付印 受付日付印		る	文		令和	1	4	年		月		日																
と 代理人の氏名 (請求者) (請求者) (大理人の氏名 (フリガナ) (アリガナ) (フリガナ) (フリカナ) (フリカナ) (フリカナ) (フリカナ) (フリカナ) (フリカナ) (アート) (アート) (アート) (アート) (アート) (アート) (アート) (アート)			取								加州	2除去	1	住所														
C 代理人 (フリガナ) 令和 5 年 3 月 1 日 提出 (フリガナ) 〒 - Tel () - 受 付 日 付 印 ・・・・ 受 付 日 付 印 ・・・・ 受 付 日 付 印 ・・・・ で 受 付 日 付 印 ・・・・・ で 受 付 日 付 印 ・・・・ で 受 付 日 付 印 ・・・・ で 受 付 日 付 印 ・・・・ で で 付 日 付 印 ・・・・ で で 付 日 付 印 ・・・・ で で で 日 付 日 ・・・・ で で で 日 付 印 ・・・・ で で で 日 付 印 ・・・・ で で 日 付 日 ・・・・ で で 日 付 印 ・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・ で で け 日 で ・・・・ で で け 日 ・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・ で で ロ ・・・・ で で ロ ・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・・ で で け 日 で ロ ・・・・ で で け 日 で ロ ・・・ で で で ロ ・・・・ で で で ロ ・・ で で ロ ・・・ で で で で		と	代											氏名														
人の氏名 の氏名 のの氏名 (フリガナ) では異人の住所 (フリガナ) 下 - Tel()) - 今和5年3月1日提出 受付日付印 受付日付印			理	代理人	(フリカ	`ナ)																						
		Į, į	人		1	2 7 1					(_ ,				(B , / ·				
■ Margin Marg		-	の	小 珊 1		ブナ)				Tol (ŕ		5 年	三 3 月	1	日	是出				
		ろ	欄				1 e1 () –					_{,,,,,,} ,,,,,,,,,受 个						于 日 付 印 ·••••					

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

【添付書類】

・医療機関発行の明細書コピー

- ※出産費用の合計額と産科医療補償制度の項目の記載があるもの。
- ※直接支払制度を利用していることが確認できること。

【注意】

- ※ 直接支払制度(出産育児一時金が健保組合から医療機関等へ直接支払われる仕組み)を利用する場合は、この用紙を必ず 健保組合へ提出してください。
- ※ この用紙は、直接支払制度を利用する場合の専用用紙です。直接支払制度を希望されない場合は、「出産育児一時金・付加金支給申請書」にて申請してください。
- ※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の氏名の記載は不要です。

第1版(202

左記の添付書類を確認し健保

組合へ提出してください。