

# 出産育児一時金等内払金支払依頼書

年 月 日

|              |                     |       |                      |                      |       |
|--------------|---------------------|-------|----------------------|----------------------|-------|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号・番号         |       | 被保険者の氏名及び生年月日        |                      | (印)   |
|              | —                   |       |                      |                      | 年 月 日 |
|              | 被保険者の現住所            | 郵便番号  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ☎ ( ) |
|              | 被保険者の勤務する(していた)事業所の | 名称    |                      |                      |       |
|              | 所在地                 |       |                      |                      |       |
|              | 出産年月日               | 年 月 日 |                      |                      |       |

※直接支払制度を42万円(産科医療補償制度未加入の場合は40万4千円)使われた場合でも、付加金1万円の振込みがあります。  
 ※健康保険の資格喪失後に支払いを依頼する時は、下記の振込み先を記入してください。  
 それ以外の方は給与口座に振り込みますので、下記振込み先欄への記入は不要です。  
 ※ゆうちょ銀行へは通帳に記載されている記号・番号のみでは振込みができません。  
 店名・預金種目・口座番号が必要となります。詳しくはゆうちょ銀行へお尋ねください。

|      |                            |                            |                          |                      |                      |
|------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 振込み先 | 銀行コード <input type="text"/> | 支店コード <input type="text"/> | 銀行・農協<br>信金・信組<br>ゆうちょ銀行 | 本店<br>支店             | 普通・当座                |
|      | 口座番号                       | <input type="text"/>       | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|      |                            |                            |                          | (被保険者名義の口座を記入してください) |                      |
|      |                            |                            |                          | フリガナ<br>口座名義         |                      |

[添付書類]

- ① 出産した医療機関が『産科医療補償制度』に加入していることを証明した  
スタンプ印のある領収明細書(写し)
- ② 医療機関が交付した直接支払合意文書(写し)

健保組合使用欄

|           |    |       |   |
|-----------|----|-------|---|
| 常務理事      | 担当 | 支給決定日 |   |
|           |    | 年 月 日 |   |
|           |    | 支払日   |   |
|           |    | 年 月 日 |   |
| 法定        |    |       | 円 |
| 直接支払制度利用額 | —  |       | 円 |
| 付加金       |    |       | 円 |
| 支給決定額     |    |       | 円 |