

常務理事		
------	--	--

受 付 印	
健保組合	事業所

## 出産育児一時金等内払金支払依頼書

平成 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						生 年 月 日				
	記号		番号				昭和	平成	年	月	日
	被保険者の氏名		(フリガナ)				印	事業所の名称			
	被保険者の住所										
	郵便番号		〒				電話				
	出産される方の氏名						生 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		
※ 振り込み先は、給与が振り込まれている金融機関の口座となりますのでご了承ください。											

この用紙を提出する必要がある場合とは・・・自己負担する出産の費用が42万円未満で収まった場合です。

必要添付書類・・・医療機関等から交付される出産費用の領収書・明細書のコピー  
 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー