

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金内払金支払依頼書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		印		自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒 -)	都 道 府 県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ)	氏名・印	

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

同意欄 被保険者(申請者)氏名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	<input type="text"/>
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>

受付日付印

出産育児一時金内払金支払依頼書の注意事項

1. この書類は直接支払制度を利用し、出産費用が42万円以内の場合 の申請書となります。

※直接支払制度とは、出産育児一時金の給付額である42万円の範囲内にて出産費用を分娩機関が立替えてくれる制度。

※出産費用が42万円を超過した場合は、超過した分を分娩機関に支払うことにより全ての手続きは完了します。

2. この申請書の添付書類について

①直接支払制度を利用する合意文書の写

②出産費用の領収書と明細書の写(産科医療保障制度のゴム印が押印されているものと代理受取額が記載されているもの)

3. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

4. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

5. 「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

6. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問い合わせ願います。