

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	1 2 3	番号	4 5 6	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	0	5	0	10	1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ			倉庫太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
住所	(〒 100 - 1234)	東京	都道府県	江東区富岡1-1-1	自署の場合は押印を省略できます。					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (1212) 1212	090 (1234) 5678								

振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ	銀行	金庫	信組	110	本店	支店
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。		
	口座名義	ソウコ タロウ					口座名義の区分	1

「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)	住所	TEL				
	氏名・印			委任者と代理人との関係			

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 倉庫太郎

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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印