

## 出産育児一時金等内払金支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の				被 保 険 者 の 生 年 月 日						
	記号		番 号		昭 和 平 成	年	月	日			
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 氏 名	(フリガナ)				事 業 所 の	名 称				
							所 在 地				
	被 保 険 者 の 住 所		〒				電 話				
	被扶養者が出産した ための申請であるとき は、その者の		氏 名				生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日
	出 産 した 年 月 日		令 和		年		月		日	出 生 児 数	死 産 児 数
							人	人			
	資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の					被扶養者が被保険者であった場合は、その時の被保険者証の					
	保 険 者 名 ・ 記 号 及 び 番 号										

委 任 状	私は _____ を代理人と定め、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。											
									令 和	年	月	日
	被 保 険 者		住 所 〒								氏 名	㊞
	代 理 人		住 所 〒								氏 名	㊞

支 払 金 融 機 関 の 欄	金融機関コード				預 金 種 別	普 通 当 座 其 他	銀 行 信 用 金 庫 組 合	本 店 支 店 出 張 所	
	※								
	口 座 番 号						口 座 名 義		(フリガナ)

◎「※」印欄は記入しないでください。

○ 下記書類を添付のうえ申請ください。

- 〔 ・ 医療機関との直接支払制度を利用した「合意文書」(写)
- 〔 ・ 医療機関が発行した費用の内訳を記した「領収書・明細書」(写)