

健康保険 被保険者家族 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	① 被保険者証の	⑦ 記号		② 被保険者(申請者)の	⑦ 氏名	(フリガナ) .....	⑦ 印
		① 番号			① 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	③ 被保険者(申請者)の現住所		〒 - TEL ( ) -		携帯 ( ) -		
	④ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称						
	⑤ 被扶養者が出産したための申請である時はその方の		⑦ 氏名	(フリガナ) .....	① 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	⑥ 出産した年月日		平成 年 月 日	⑦ 出生児数	⑧ 死産児数	⑨ 妊娠経過期間	
			人	人	週		

受 取 代 理 人 の 欄	本依頼書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
	平成 年 月 日	
	⑩ 被保険者(申請者)の氏名と印	印
	⑪ 代理人の	⑦ 事業所名称 内
	① 氏名	印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。  
(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)

**【記入上の注意事項】**

1. 申請者印(②の⑦欄)および委任者印(⑩欄)は同一のもので鮮明に押印してください。

**【添付書類】**

1. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用した旨の合意文書」の写し
2. 医療機関等から交付される「領収・明細書」の写し(産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要)

平成 年 月 日 提出  
受付日付印