

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 被保険者等	⑦ 記号		② 被保険者 (申請者)の	⑦ 氏名	(フリガナ)			
		① 番号			① 生年月日	昭和 平成 令和	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 令和	年	月 日
⑥ 出産した年月日		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		
	年 月 日		
	⑩ 被保険者(申請者) の氏名		
	⑪ 代理人の	⑦ 事業所名称	内
		① 氏名	

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日 提出

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--

受付日付印

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、この欄に記載してください。)

【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(「専用請求書の内容と相違ないこと」および産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩であること」の明記がされているもの)