

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 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)					
		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。
<input type="checkbox"/>	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、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。)

**【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(産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の明記が必要)