

<直接支払制度利用者用>

受付日付印

被保険者・被扶養者

出産育児一時金等内払金支払依頼書

(添付書類)

- 医療機関等から交付される、直接支払制度を利用する旨を記載した合意文書の写し
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し

支給決定向

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 の	記号	所属	株式会社	店・部
	番号	氏名	会社	印
	※健保記入欄 標準報酬月額 千円	住所 〒	自宅	
出産した人は	1. 被保険者 2. 被扶養者 (どちらかに○) 氏名 (昭和・平成 年 月 日生)			
出産の年月日	令和 年 月 日	1. 生産児数 人	(死産・流産の場合) 2. 死産・流産児数 人 妊娠 ヶ月 週	
出生児の	氏名 (被保険者との続柄)			
入院して出産した時は、その病院	所在地 名称	産科医療補償制度の利用 (どちらかに○する) 有 ・ 無		
被扶養者が 出産した場合	次の括弧内のどちらかに○印をしてください。 出産日において、その被扶養者に失業給付等の収入が→ (ある ・ ない)			

支払指定 金融機関 (被保険者の 口座を記入)	銀行名 銀行 支店	口座名義人 (フリガナ)
	科目別 (どちらかに○) 普通 ・ 当 座	口座番号

※記号3の方は、給与と同時に「その他支給口座」への振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。

SMBC日興証券グループ健康保険組合行

令和 年 月 日提出