

<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>>

- 1. 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コピー
- 2. 医療機関等から交付される分娩費用明細書のコピー
(出産年月日、出生児数、代理受取額等の記載があるもの)

常務理事	事務長	係

被保険者 (申請者)の	記号	番号	氏名	
	自宅住所 〒			電話
				携帯
	会社名			電話
	部署名			携帯
出産した人の	1. 被保険者...2. 被扶養者 (どちらかに○)			
	氏名			
	生年月日 昭和・平成 年 月 日			
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 ()			
※死産・流産の場合、出生児氏名の記入は不要です。				
入院して出産した時は、その病院の	所在地			
	名称			
産科医療補償制度の加入	あり ・ なし (どちらかに○)			

振込先指定口座	○振込先指定口座は、上記被保険者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。																	
	金融機関名称									支店名								
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金	口座番号 (左づめ)							機関コード					支店コード				
	フリガナ																	
	口座名義																	

※保険記号「3」で在職中の方は記入不要です。