

記入見本

<直接支払制度利用者用>

受付日付印

被保険者・被扶養者

どちらかに○をしてください。

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

支給決定伺

常務理事	事務長	係

保険証の記号・番号を

記載してください。

必ず捺印してください。

被 保 険 者 の	記号	3	所属	SMBC日興証券株式会社	〇〇支店	店・部
	番号	123456	氏名	日興太郎 (印)		
	※健保記入欄 標準報酬月額	千円	住所	〒343-0123 埼玉県〇〇市△△町6-5 自宅№ 048-555-××××		
出産した人は	1. 被保険者 2. 被扶養者 (どちらかに○) 氏名 日興花子 (昭和)平成60年4月1日生)					
出産の年月日	令和1年7月5日		1. 生産児数	1人	(死産・流産の場合)	
出生児の	氏名 日興健太 (被保険者との続柄 長男)		2. 死産・流産児数 人 妊娠ヶ月 週			
入院して出産した時は、その病院	所在地 東京都中央区兜町1-2 名称 〇〇病院		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	口座名義人(フリガナ)
	科目別(どちらか) 普通・当座	記号3の方は給与同時振込となりますので、記入不要です。 関係会社の方のみご記入ください。

※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。