

直接支払制度利用 (被保険者・家族) 出産育児一時金等内払金支払依頼書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、出産育児一時金等内払金の支払いを依頼します。

		請求日		令和 年 月 日			
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	個人番号(12桁)		左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要	
	被保険者氏名			生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日		
	住所 電話番号	〒(-) 日中に連絡可能な電話番号 (- -)					
	事業所 所属 社員番号	会社名 支店・営業所・部門 社員番号 ()					
	対象者氏名			生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日		
	出産日	令和 年 月 日		生産・死産の別 (いずれかに✓印)	☐ 生産 ☐ 死産	死産のとき 妊娠経過期間 月 週	
	出生児数 (いずれかに✓印)	☐ 単胎 ☐ 多胎()		出生児の名			
	出産にかかった費用 (医療機関が発行した明細書の『妊婦合計負担額』)		円				
委任状	(会社名) 本請求に基づく給付金の受領を に委任する。						
	令和 年 月 日 被保険者 自筆署名						

※ 提出前に記入および添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- ☐ 直接支払制度利用の合意文書(コピー可)
- ☐ 医療機関が発行した出産費用明細書および領収書(コピー可)
- ☐ 出生証明書または住民票(コピー可)
- ☐ 給付金(補助金)送金依頼書
退職後に請求する場合のみ必要

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日:令和 年 月 日	
社会保険労務士 確認欄	

健保組合 担 当	健保組合 受付印