

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

令和 〇〇年〇〇月〇〇日 提出

被 保 險 者 記 入 欄	事業所の名称	被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 氏 名			
	住友不動産販売(株)	記号	番号	住友太郎			男 ・ 女
		〇〇〇〇	〇〇〇〇	生年月日	昭平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	被保険者住所	〒 000 - 0000 新宿区〇〇町0-0			TEL 12 (3456) 7890		
	家族が出産したときは その者の氏名・生年月日	住友花子		出産年月日	平令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
		(昭平令 〇年 〇月 〇日)		生産又は死産等の別	1: 生産 2: 死産(妊娠 週 日)		
	出生児の数	単胎・多胎(児)		出生児氏名	住友梅子		
	被保険者の出産が資格 喪失後であるとき、現 在の被保険者証の種類	保 険 者 名	全国健康保険協会()支部		記号	番号	
			()健康保険組合		保険者連絡先		
	家族の出産が被扶養者とな ってから6ヶ月以内のとき 以前の被保険者証の種類	保 険 者 名	全国健康保険協会()支部		記号	番号	
(〇〇〇〇)健康保険組合			〇〇〇〇 XXXX				
		()市・区・町・村 国民健康保険		TEL ()			
		()市・区・町・村 国民健康保険		TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
被保険者への支払先に関する事項							
在職者の方は「委任欄」に署名し、「支払金融機関」は記入しないでください(給与に加算して振り込まれます)。 資格喪失後の請求や任意継続被保険者の場合は「支払金融機関」欄に記入願います。							
委任欄	本請求に基づく給付金の受領を住友不動産販売株式会社に委任します。 被保険者氏名 住友太郎						
支払金融機関	金融機関名	金融機関番号	店舗番号	口座番号			
	※在職者の家族の出産の場合記入不要 産前産後休暇中・任継者の方は上記委任欄には記入せず、支払先口座をご記入ください			普通			
	銀行・信用金庫		本店	口座名義			
	信託銀行・労働金庫		支店				
	農協・信用組合		出張所				

※この用紙は出産費用が出産育児一時金の額 50万円※1(産科医療補償制度加入対象外の場合は48.8万円※2)に満たなかった場合の差額と、付加金(一児につき5万円)を請求するものです。(出産日が2023年3月31日以前の場合…※142万円※240.8万円)

※医療機関等で交付された「代理契約に関する合意文書」のコピーと、領収書・明細書のコピーを必ず添付してください。

※支払金融機関欄を記入する場合は、必ず被保険者本人の口座名義を記入してください。

受付日付印