

## 直接支払制度を利用したとき

# 健康保険 本人・家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金 内払金支払依頼書

直接支払制度を利用したとき、当組合では出産費用と法定給付の差額や付加給付を自動払するためこの依頼書の提出は不要です。  
ただし、次にあてはまる方は自動払の対象外であるためこの依頼書を提出してください。

[内払金支払依頼書の提出が必要な方]・出産後、給付金を受取る前に被保険者が退職したとき

- ・転籍等で健康保険証の記号・番号が変更したとき
- ・任意継続被保険者であるとき
- ・出産区分が「生産」以外(死産・人工妊娠中絶等)であるとき

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 險 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号 番 号	② 被 保 險 者 ( 請 求 者 ) の 氏 名 ・ 生 年 月 日	(フリガナ)				
				昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				
	③ 被 保 險 者 ( 請 求 者 ) の 現 住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				日中連絡のとれる電話番号		
						自宅	-	-
	④ 事 業 所 名 称							
	⑤ 被 扶 養 者 が 出 産 し た と き	被 扶 養 者 の 姓 名	出 産 し た 方 の 姓 名		出 産 し た 方 の 生 年 月 日		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
	⑥ 出 産 年 月 日 と 生 産 ・ 死 産 児 数	令和 年 月 日		⑦ 生 産 児 の 数		人		人 (妊娠 週 日)
	⑨ 出 生 児 の 姓 名			⑩ 被 保 險 者 と の 統 柄		(例 長男、長女)		⑪ 性 別
⑫ 右 の 項 目 に 該 当 す る 方 は <input checked="" type="checkbox"/> と 健 康 保 険 の 加 入 状 況 を 記 入	<input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失した後の出産ですか			<input type="checkbox"/> 被扶養者となってから6ヶ月以内の出産ですか				
	保険者の名称		協会けんぽ( )支部・( )健保組合・( )国民健康保険					
	被保険者等記号・番号		-		社会保険の加入のとき		会社名	
	家族の扶養のとき		被保険者氏名				統柄	

(⑫について) 当組合の資格を喪失した後の方は出産日現在加入している健康保険を記入してください。

被扶養者となってから6ヶ月以内の出産の方は当組合の被扶養者となる前日まで加入していた健康保険を記入してください。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください	
<input type="checkbox"/>	会社振込  私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座  被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組					本店	預金種別		
	金融機関コード					店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	支店	普通・当座	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)					フリガナ			
					口座名義				

受付日付印

<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄