

被保険者・被扶養者 出産育児一時金内払金支払依頼書

<b>見 本</b>	事務長	係	同年月日	支給額
				円
被保険者証 記号一番号	2 1 - 6 5 7		事業所名	株式会社健保
被保険者氏名	健保 ひたち		所 属	水戸支店
出産者氏名	健保 ときわ		出 産 日	令和 2年 3月14日 生産・死産

添付書類

- ① 「直接支払制度」を利用していることを確認できる合意書の写し
- ② 退院時に医療機関から交付される出産費用の明細書等の写し  
(産科医療補償制度に加入の医療機関で出産の場合は、所定印が捺印してあること)
- ③ 出産・死産が確認できる書類

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)

上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_

任意継続被保険者のみ記入

振込先

\_\_\_\_\_銀行/信用金庫 \_\_\_\_\_支店

普通・当座 口座番号 \_\_\_\_\_ 名義人(カタカナ) \_\_\_\_\_

全員記入 **あらかじめ氏名のみ記入をお願いいたします**

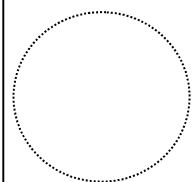
領 収 書

上記のとおり領収しました。

**記載不要**

令和 年 月 日 受取人氏名 健保 ひたち

健保受付印



※この申請は、出産費用が 500,000 円(産科医療補償制度に未加入の医療機関において出産した場合は 488,000 円)未満の場合に、その差額を被保険者に支払うためのものです。

※令和 5 年 3 月 31 日までの出産は、出産費用が 420,000 円(産科医療補償制度に未加入の医療機関において出産した場合は 408,000 円)未満が対象となります。

※この書類は出産育児一時金費の支給に関する目的以外には利用しません。