

## 健康保険 出産育児一時金等付加金支払依頼書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号番号	(記号)	(番号)	②被保険者の(請求者の)氏名	フリガナ
	③被保険者の住所・生年月日	住所	〒		生年月日 昭和 年 月 日
	④事業所の名称				出産日 令和 年 月 日
	⑤事業所の所在地				
	⑥被扶養者が出産のときその氏名・生年月日	氏名			生年月日 昭和 年 月 日

銀行振込を希望する場合は下欄に振込先を記入、代理人に委任される場合は受取代理人の欄に記入捺印ください。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通		フリガナ
金融機関コード	支店コード	当座		

被保険者(請求者)本人の口座に限ります。

受取代理人の欄	本依頼に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和 年 月 日
	被保険者(請求者)	住所	氏名		
		住所	代理人	氏名	

[注意事項]

- 1 ⑥欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
- 2 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等での出産の場合や妊娠週数22週未満で出産された場合は488,000円)未満の場合、差額は付加金と併せて支給いたします。
- 3 同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等、重複して給付を受けることはできません。

上記のとおり依頼します。

令和 年 月 日 提出

.....  
受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様