

出産育児一時金内払金支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の	記号	番号	②事業所の	名称	所在地	
	③被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		④生年月日		⑤電話番号	
	⑥被保険者 (請求者)の 住 所	郵便番号	フリガナ				
	⑦被扶養者 (家族)が 出産した場合	フリガナ	旧姓	生年月日		被保険者との続柄	
	⑧ 認定日から 6ヵ月以内の 出産の場合 前健康保険に ついて	健保・国保等の名称	記号・番号	本人・家族の別		加入期間	
				本 人		昭・平・令 年 月 日	
				家 族		昭・平・令 年 月 日	
		健保・国保等の名称	記号・番号	本人・家族の別		加入期間	
			本 人		昭・平・令 年 月 日		
			家 族		昭・平・令 年 月 日		
※同一の出産に対して一時金の支給は1回のみです。 重複支給の防止のため、上記内容について、前保険者・前会社等に照会確認を行います。							
⑨ 出産年月日	令和 年 月 日	⑩生産児数	⑪死産児数	⑫死産のときは妊娠経過期間			
		人	人	妊娠 ヵ月・ 週			
⑬出生児の氏名	フリガナ	続柄					
⑭支払金融機関の欄	銀行	本店	預 金 種 別	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号		
	信金	支店			口座名義		
	信組	出張所					
	農協	営業所					
⑮受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。						
	令和 年 月 日						
	被保険者氏名 (請求者)			住所			
代理人氏名			住所				
委任者と代理人との関係							

社会保険労務士記載欄

令和 年 月 日提出

受付日印

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。