

取得日	年 月 日	支給決定額						円
認定日	年 月 日	医療機関支払額						円
喪失日	年 月 日	被保険者支払額						円
備考								

出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号	番号	事業所名					
	被保険者 の氏名				生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	郵便番号	被保険者の住所・電話番号							
	携帯電話等連絡先 () —								
	被扶養者が分娩した場合、分娩した被扶養者の氏名・生年月日								
	被扶養者の 氏名	(フリガナ)				生年月日	昭和 ・ 平成	年	月
出生児の氏名	(フリガナ)	続柄		分娩年月日	令和	年	月	日	

口座名義は被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所			預金種別	普通 貯蓄 当座
	店番号	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入してください)					

下の欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。自署の場合は押印不要です。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領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(請求者)氏名 Ⓢ	代理人の氏名	被保険者 (請求者)との 関係
		代理人の住所・電話番号	
		郵便番号	
		電話() —	
備考欄			受付印

《添付書類》

- ・ 出産育児一時金等・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ・ 分娩費内訳明細書(領収証)の写し<産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄