

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

(注意事項)

1. 標題の被保険者・家族の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
 2. ①欄は、健康保険の被保険者証を見て記入して下さい。
 3. ③欄は、被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。
 4. 被保険者本人が出産したための請求である場合は、⑧欄の(ア)と(イ)は記入しないで下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 の記号と番号	(記号)	(番号)	② 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)	③ 印
	④ 被保険者 (請求者)の 現住所	〒 ー ()				
	⑤ 事業所の名称					
	⑥ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 生産又は死産の別	生産・死産週 (在胎週数 週)		
	⑧ 被扶養者が出産 したための請求で あるときはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和 年 月 日生 令和		
	⑨ 出生児の氏名	⑩ 被保険者との続柄				
⑪ 資格喪失後に出産した場合は、新しい被保険者証の 保険者名及び記号・番号を、また被扶養者が扶養認定日 以後6ヵ月以内に出産した場合は扶養認定日前に加入 していた被保険者証の保険者名及び記号・番号	保 険 者 名		記 号 ・ 番 号			

※ この依頼書には医療機関等が発行した費用の内訳を記した領収明細書（出産年月日・出生児数・明細書内容が専用請求書の内容と相違ない旨の記載・産科医療保障制度加入医療機関である場合は加入医療機関である旨の押印がされているもの）の写しの添付が必要です。

勤務先への委任

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め被保険者・家族出産育児一時金等内払金の受領方を委任します。 令和 年 月 日					
	⑫ 被保険者 (請求者)	住 所	⑬ 氏 名	印		
	⑭ 代理人	住 所	⑮ 氏 名	印		

任意継続被保険者及び勤務先を退職した後で 個人受領をご希望の方の振込銀行依頼書

振 込 銀 行 依 頼 書	銀 行 名	銀 行			支 店		口座名	普通預金・当座預金
		金融機関コード			統一店番号			
	口 座 番 号	No.	フリガナ		名 義			

※ 『産科医療補償制度』加入の医療機関等の場合は、上限50万円、
 『産科医療補償制度』未加入の医療機関等の場合は、上限48万8千円となります。

東部ゴム健康保険組合

5. ③欄は、必ず同一印で押印して下さい。⑤欄は、印漏れのないよう、かつ、はっきりと押印して下さい。
 6. 内払金の受領は、勤務先への受領委任となりますので、委任状のそれぞれ該当する欄に記入して下さい。
 7. 勤務先を退職した後の内払金の受領は、勤務先への受領委任または個人受領となります。なお、個人受領を希望の方は『振込銀行依頼書』欄に記入して下さい。