

支給額										円	
代理受領額	円										
出産日	令和	年	月	日							
出生児数	生産	人	・	死産	人						
産科補償制度	該当	非該当									

決議	常務理事	事務長		担当者
伺年月日				
支払年月日				
資格取得日	令和	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日
備考				

※上記枠内は記入しないでください。

# 被保険者家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	(フリガナ)					
	氏名・印	印				
住所	(〒 - )	都道 府県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )				

振込先指定口座(退職した方)	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄(在職中の方)	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
		(〒 - ) TEL ( )				
	住所	(フリガナ)				
	氏名・印	印				

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印
-------

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

被保険者  
家 族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請 内容	<input type="checkbox"/> 1 出産した者 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	<input type="checkbox"/> 1-① 家族の場合は その方の 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 2 出産した年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 3 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
	<input type="checkbox"/> 3-① 「生産」の場合 出生児数 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 3-② 「死産」の場合 死産児数 <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 3-②-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
	<input type="checkbox"/> 4 出生児の氏名
<input type="checkbox"/> 5 出産した医療機関等 名称 所在地	
<input type="checkbox"/> 6 出産した方 <input type="checkbox"/> ●被保険者 ➡ 退職後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> ●家 族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
<input type="checkbox"/> 6-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 <input type="checkbox"/> ●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について <input type="checkbox"/> ●家 族 ➡ 当組合加入前に加入していた 保険者について 保険者名 記号・番号	
<input type="checkbox"/> 6-①-(1) 同一の出産について、 <input type="checkbox"/> 6-①の保険者より出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

この依頼書は直接支払制度を利用した方が差額を請求するものです。  
出産費用の内訳がわかる出産費用証明書等を添付してください。