

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号		②被保険者の氏名及び生年月日と印	薬業 夏子		③本申請書の提出を事業主に依頼します チェック ☒
	1234 - 5678			昭・平 60 年 9 月 8 日		
	④被保険者の現住所	郵便番号 100 - 0014		TEL (03) 3581-1231		方
	東京都千代田区永田町2-17-2		携帯 ()			
	⑤被保険者の勤務する(していた)事業所名称・所在地	事業所名称		薬業工業(株)		
		事業所所在地		東京都台東区上野1-27-2		
	⑥被扶養者が出産した場合、被扶養者の氏名					
	⑦出産した年月日		平成・令和 31 年 1 月 3 日			
	⑧出産児数		単胎・多胎 (児)			
	⑨妊娠週数		妊娠 40 週 で 生産・死産			

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成・令和 年 月 日
	被保険者住所 (請求者) 氏名	印	
	代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
		印	

支 払 金 融 機 関 欄	銀行コード 0099	支店コード 099		
	永田町	銀行・農協 信金・信組	赤坂見附	本店 支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	9999998
口座名義		薬業 夏子	フリガナ	ヤクギョウ ナツコ

※ 口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入・押印してください。

※※記入方法及び注意事項※※

【注意事項】

- ②の印は明確に押印ください。①から⑨までの訂正箇所には②と同じ印を押印の上、ご訂正ください。(修正テープなどの訂正は認められません。)
- ②の被保険者印は、被保険者自らの自署である場合に限り、省略することができます。ただし、受取代理人の口座振込を希望する場合の代理人欄への押印は省略できません。
- 事業主を通して書類を提出いただく場合には必ず③欄にチェックしてください。
- 内払金については、出産の日の翌日から2年を経過した場合に、受給権が時効によって消滅します。

【添付書類】

- 医療機関から交付された「分娩費用明細書」または「領収明細書」の写し
 - 医療機関から交付された「直接支払制度を利用した旨の文書」の写し
- ※ 産科医療保障制度対象分娩であれば「スタンプ（産科医療保障制度加入機関）」が押された証明書の写しが必要となります。
- ※ 出産児数が単胎の場合は医療機関の代理受領額が42万円以上であればこちらの申請は不要となります。(産科医療保障制度対象外分娩は40万4千円以上)

記入漏れや不備事項がありますと決定が遅れる場合があります。

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険組合
給付課 宛

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印		印
--------------------	--	---