

## 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 昭・平 年 月 日		③本申請書の提出を 事業主に依頼します チェック <input type="checkbox"/>	
	④被保険者の現住所	郵便番号	—	TEL ( ) 携帯 ( )	方	
	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				
		事業所所在地				
	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		令和 年 月 日			
⑧出産児数		単胎・多胎 ( 児)				
⑨妊娠週数		妊娠 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。 令和 年 月 日	
	被保険者住所 (請求者) 氏名	
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード _____ 支店コード _____	
	銀行・農協 信金・信組 _____ 本店 支店	
	口座種別	普通・当座
口座番号		
口座名義	フリガナ	

※ 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してください。

### ※※記入方法及び注意事項※※

#### 【注意事項】

1. 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。
2. 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】

1. 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
  2. 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40万8千円以上）

この書類の送付先は

〒100-0014  
東京都千代田区  
永田町2-17-2

受付日付印

東京薬業健康保険組合  
給付課 宛

**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。**