

出産育児一時金等内払金支払依頼書

この依頼書には、出産した医療機関等から交付された①②のコピーを添付してください。

- ①『出産一時金の医療機関直接支払制度利用合意文書』
- ②『領収明細書』（産科医療補償制度加入機関 印のあるもの） ← 記入例の明細書見本を参照ください

・ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。

※個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

健康保険証の		被保険者氏名	勤務地・所属名・連絡先
記号	番号		勤務地: 連絡先 TEL:
出産した方			
続柄	氏名 ※本人の場合記入不要	生年月日 (満年齢)	
・本人 ・その他() ・妻 ※その他の場合続柄を記入		昭和 平成 年 月 日 令和 (満 歳)	
請求者署名捺印			
上記のとおり請求します。		〒 -	
シャープ健康保険組合理事長		住 所 _____	
令和 年 月 日		電話番号 _____	
私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。		氏 名 _____ (印)	
備考欄	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。)		

医師・助産師の氏名	出産日	出産胎児数	出産の状態
	令和 年 月 日	・単胎 ・多胎(2・3・4)児	・生 産 ・死 産[妊娠 週目(日目)] ・流 産[妊娠 週目(日目)]
上記の通り相違ありません	住所		
令和 年 月 日	医療機関名		
	電話番号		
	医師・助産師 氏名		(印)

申請種別	全額・内払先・内払後
産科医療保障制度	有 ・ 無
直接支払制度	有 ・ 無
支払額	_____ 円
単胎	_____ 円
多胎(2・3・4)児	_____ 円

健保受付日

事業主受付日