

### 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）

・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(                      )				昭和                      年    月    日	
・妻                      ※その他の場合続柄を記入				平成                      (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		〒                      -			
令和    年    月    日		住 所 _____			
私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。		電話番号 _____			
		氏 名 _____		⑩	
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。)			

出産した方の氏名	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	
		⑩	

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

健保記入欄