

記入日 令和 年 月 日

支給決定額 _____ 円

(健保組合使用欄)

出産育児一時金 (被保険者)
 家族出産育児一時金 (被扶養者)

内 払 申 請 書

※この申請書は、直接支払制度または受取代理制度を利用した方が差額を請求するものです

記号 - 番号	被保険者氏名		事業所の名称					
—								
※1								
被保険者の住所			被保険者の電話番号					
〒 —								
分娩した者の氏名			分娩した者の 生年月日	昭・平 年 月 日				
分娩年月日	令和 年 月 日		生産又は 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (人)				
出生児の氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 死産 ヶ月 (週)(人)				
被保険者の振込先								
金融機関名	支 店 名	預金種別	(口座番号)					(口座名義)
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店	1. 普通 2. 当座						ふりがな

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

添付書類 : 分娩に要した費用の領収明細書 (写し)

直接支払制度及び受取代理制度の利用合意文書 (写し)