

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所の 名称			
	フリガナ 被保険者 (依頼者)の氏名				被保険者 の生年月日	昭和 平成 年 月 日
	フリガナ 被保険者 (依頼者)の住所	〒			電話	
	被扶養者が出産 した場合はその方の	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	
					昭和 平成 年 月 日	
	出産した年月日	出生児数	死産児数	妊娠経過期間	出生児氏名	続柄
	平成 令和 年 月 日	人	人	週		
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	支払金融機関の欄	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 本所 農協 支所			普通 No.	
					当座 No. フリガナ	
				口座名義人		
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。)						
備考欄						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」 などの添付が必要です。						

受 取 代 理 人 の 欄	本依頼書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	
	被保険者等 (依頼者)の住所	〒
	氏名	
代理人の住所	〒	
氏名		

令和 年 月 日提出

受付日付印

◎ 支払金融機関の欄は被保険者名義の口座を記入してください。被保険者名義の口座を記入しない場合は、受取代理人の欄を記入してください。

※ 添付書類

1. 出産に要した費用の内訳を記した領収・明細書の写し。(領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び産科医療補償制度の対象分娩である場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等で明記されています。)
2. 医療機関等の作成した代理契約に係る合意文書の写し。
3. 死産の場合は、医師・助産師の作成する「死産証書」等、妊娠週数が記載されている書類を添付してください。