

受付年月日	年 月 日
給付年月日	年 月 日
内払金	円
産科医療保障制度	有(領収書明細の所定印)・無
直接支払制度	有(領収書明細の記載)・無

常務理事	事務長		係	扶養確認

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
喪失後受給者	該当 否 該当

令和 年 月 日申請

被保険者
 家族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

(この依頼書は、直接支払制度を利用した方が差額を請求するものです)

三重交通健康保険組合 御中

申請者記入欄	被保険者(申請者)欄	記号	番号	氏名	生年月日	昭和 年 月 日生 平成	
		申請者の住所			電話	- -	
	分娩者	氏名		被保険者との続柄	生年月日	昭和 年 月 日生 平成	
	出生児	氏名		被保険者との続柄	出産日	令和 年 月 日	単胎・多胎(児) 生産・死産
		扶養申請	する・しない	しない理由	ア. 夫の被扶養者とする イ. その他()		
	振込先	* 該当へ〇印 ア 在職者の場合、代理人経由で支払います(口座記入不要 下記委任状へも記入) イ 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振込みます(口座記入不要) ウ 任継でない退職者の場合、以下の指定口座へ振込みます					
		銀行	フリガナ		支店コード*		
		口座	番号	普通当座	フリガナ	支店	
					名義		
	分娩した者が扶養認定後6ヵ月以内に出産された場合のみ記入ください						
	分娩日より6ヵ月前に加入していた健保組合の名称			加入年月日	H・R	年 月 日	
				喪失年月日	R	年 月 日	
	以前の加入健保より出産育児一時金を受けている(予定)か	* 該当へ〇印	給付を受けて	いる・いない			
分娩した者(被保険者)が退職後6ヵ月以内に出産された場合のみ記入ください							
	分娩日に加入の健保組合の名称			加入年月日	H・R	年 月 日	
	現在加入健保より出産育児一時金を受けている(予定)か	* 該当へ〇印	給付を受けて	いる・いない			

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任します。
	年 月 日	付請求による出産育児一時金(家族出産育児一時金)内払金を受領する件
	年 月 日	住所
		被保険者 氏名
		事業所所在地
	代理人 事業主名称	
	事業主氏名	

(注) 領収明細書(写)、合意文書(写)を添付してください。
出産日に加入している健康保険等が当組合以外の場合は被保険者証(写)を添付してください。