

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係員

出産育児一時金等内払金支払依頼書

年 月 日

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				生年月日						
	-				年 月 日						
	※ 被保険者等 (依頼者) の氏名		(フリガナ)				事業所の名称				
							事業所の所在地				
※ 被保険者等 (依頼者) の住所		郵便 番号	-			(フリガナ)					
						電話 ()					

※の欄は、被保険者ご本人又は被保険者であった方(資格喪失者)の氏名等を記入してください。

〈支払方法について〉

- 1 被保険者は、健康保険組合にお届けいただいている給付金振込銀行口座に振り込まれます。
- 2 被保険者であった方(資格喪失後6カ月以内に出産)は、下記の支払方法欄に振込銀行口座を記入してください。内払金は、その口座に振り込まれます。

支 払 方 法	支 払 金 融 機 関 の 欄	支 払 区 分	金 融 機 関 (ゆう ちょ 銀行 を 含 む)	金融機関コード	支店コード	預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	銀行 金庫 信組		本 店 支 店 出 張 所
				※ 口座番号 (右づめで記入)				口座名義	(フリガナ)	

※ 7桁以下のとき前"0"を記入

(例)654321の場合、0654321と記入