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	被保険者等	穿記号·番号	生年月日	
保険者			年月日	
等	*	(フリガナ)		事業所の名称
が記入す	被保険者等 (依頼者) の氏名			事業所の所在地
る	*		(フリガナ)	
ところ	被保険者等 (依頼者) の住所	郵便 番号		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	金融機関コード		支店コード		預金		1. 普通 2. 当座	銀行金庫		本店 支店	
型融 機 区 分 質 の	又払 の なよ 銀行							種 別	3.	3. 貯蓄		信組	出張所	
	の	)	を含 む)		口座留写								(フリガナ)	
			ì	(右づ	がめで	記入)						口座名義		

※ 7桁以下のとき前"0"を記入

(例)654321の場合、0654321と記入