

健保 決裁 欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

受付年月日	決定年月

【退職者用】

出一時(内払)

被保険者(本人)
被扶養者(家族)
 出産育児一時金内払金支払依頼書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		-							被保険者氏名	フリガナ	
	出産者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	出産者氏名	フリガナ (旧姓:)					
	出生児の 生年月日	平成	年	月	日	出生児氏名 (多胎の場合は 全員の名前を記入)	フリガナ (<input type="checkbox"/> 死産)					
	産科医療補償制度の登録を行い、妊娠22週以降の出産ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。					
	上記のとおり請求します。						※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)					
	平成	年	月	日	(千 一)		住所		被保険者氏名 (請求者氏名)		①	電話 ()
						資格喪失(予定)者記入欄		(フリガナ) (金融機関コード)		(フリガナ) (店番コード)		
								<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input 2"="" type="checkbox/>()</td> <td colspan="/> <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
						普通 口座番号		フリガナ 名義				
						※請求者名義の口座に限る						

健 保 記 入 欄	SEQ	本人・家族	出生児人数	産保制度	出産年月日			健保給付総額	円
		本・家	人	有・無	年	月	日	代理受取額	円
								内払金	円

<添付書類>
 ・直接支払制度合意文書の写し
 ・出産費用の領収・明細書の写し(産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は、それを証するスタンプの押印あり)