

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者

受付年月日	決定年月

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		事業所担当者	氏名		電話		
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	出産者氏名	フリガナ (旧姓:)			
	出生児の 生年月日	平成	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 上記のとおり請求します。		資格喪失(予定)者記入欄	◆ 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。			
	平成 年 月 日 (〒)			※ 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)			
住所		(フリガナ) (金融機関コード)		(フリガナ) (店番コード)			
被保険者氏名 (請求者氏名)		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
電話 ()		普通 口座番号		フリガナ 名義	※請求者名義の口座に限る		

事業主証明欄	この依頼内容が正しいことを証明します。委任を受けた内払金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。					
	平成 年 月 日	事業所所在地				資格取得日
	受任者	事業所名称				年 月 日
会社立替のときは「1」を記入→	事業主氏名				資格喪失日	
					年 月 日	

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)