

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

【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 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)	
除 者 記 入 欄	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 ( 千 一 )			※ 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	

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)