

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
	記入例

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		9	1	-	7	6	5	4	3	2	1	被保険者氏名		フリガナ	ホケン太郎	
	出産者の 生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	57		年	3	月	3	日	出産者氏名		フリガナ	ホケンヤスコ キュウフ			
	出生児の 生年月日		平成	27		年	1	月	1	日	出生児氏名 (多胎の場合は 全員の名前を記入)		フリガナ	ホケンアキコ			
	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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記のとおり請求します。 平成 27 年 1 月 20 日 ( 千 〇 〇 〇 一 〇 〇 〇 〇 )										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。 ※ 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		〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号										(フリガナ)		(フリガナ)		
被保険者氏名 (請求者氏名)		保健 保子								資 格 喪 失 ( 予 定 ) 者 記 入 欄		(金融機関コード)		(店番コード)			
電 話		〇〇 ( 〇 〇 〇 〇 ) 〇 〇 〇 〇										<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			
										普通		フリガナ					
										口座番号		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									
	会社立替のときは「1」を記入→		受任者		事業所名称						資格取得日 年 月 日	
			事業主氏名		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)