

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
	記入例

【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	9 1 - 7 6 5 4 3 2 1	被保険者氏名	フリガナ ホケン タロウ 保健 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 保健 保子 (旧姓: 給付)
	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 保健 明子 (<input type="checkbox"/> 死産)
保 険 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 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 - 〇 〇 〇 〇) 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 被保険者氏名 (請求者氏名) 保健 太郎 保 健 電 話 〇〇 (〇 〇 〇 〇) 〇 〇 〇 〇			<p>◆ 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。</p> <p>※ 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)</p>
	資格喪失(予定)者記入欄		(フリガナ)	(フリガナ)
			(金融機関コード)	(店番コード)
			<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 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)