

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

【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 <span style="color: red;">ホケン ヤスコ</span> <span style="color: red;">保健 保子</span>															
	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 <span style="color: red;">ホケン ヤスコ</span> <span style="color: red;">キュウフ</span> <span style="color: red;">保健 保子 (旧姓: 給付)</span>															
	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 <span style="color: red;">ホケン アキコ</span> <span style="color: red;">保健 明子</span> (□ 死産)															
資 格 喪 失 ( 予 定 ) 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。		<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>																
	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) <span style="color: red;">保健 保子</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">保 健</span>																		
電 話 〇〇 ( 〇 〇 〇 〇 ) 〇 〇 〇 〇		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">(フリガナ)</td> <td colspan="2">(フリガナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(金融機関コード)</td> <td colspan="2">(店番コード)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 銀行  <input type="checkbox"/> 信用金庫  <input type="checkbox"/> ( )         </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 本店  <input type="checkbox"/> 支店  <input type="checkbox"/> 出張所         </td> </tr> <tr> <td>普通 口座番号</td> <td></td> <td>フリガナ 名義</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: 0.8em;">※請求者名義の口座に限る</p>		(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	
(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																	

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)