

出産育児一時金等内払金支払依頼書

平成 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		生年月日		(提出先) 日本事務器健康保険組合 〒151-0071		
	—		昭和 平成 年 月 日		東京都渋谷区本町3-12-1 住友不動産西新宿ビル6号館16F		
	被保険者 の氏名	(フリガナ)			事業所の名称		
					⑩ 事業所の所在地		
	被保険者 の住所	〒 —				電話番号	
						— —	
被扶養者が出産したとき その氏名・生年月日		氏名			昭和 平成 年 月 日		

支払 方法	振 込 希 望 口 座	預 金 種 別	金融機関名								支店名		
			1. 普通 2. 当座 3. その他										
口座 振込			口座番号									口座名義人	(フリガナ)

- ◎注意事項
1. この用紙は出産費用が42万円(産科医療保障制度未加入機関での出産の場合は39万円)未満で差額を請求する場合のみ使用して下さい。
※他の保険者(制度)から出産育児一時金を受ける(受けた)場合は、内払(差額)金は請求出来ません。
2. 振込希望口座は被保険者名義の口座にして下さい。

- ◎添付書類
1. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書のコピー。
2. 医療機関等から交付される、出産費用の内訳を記した領収書・明細書のコピー。
※産科医療保証制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されます。