

(様式2)

被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 内 払 金 (差 額) 支 払 依 頼 書

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号			事業所名			
	被 保 険 者 の マ イ ナ ン バ ー	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です					
	被保険者の (請求者) 氏名・印 住 所	(フリガナ)		住 所	〒 -		
	被扶養者が出産の ときその氏名・生年月日	氏 名			電話番号 ()	-	
	出生した年月日	令和	年	月	日	生産児数	死産児数
	出生児の氏名	(フリガナ)				人	人 (妊娠第 週又は第 月)
給 付 金 の 受 領 方 法	振込希望金融機関 (被保険者(請求者)又は下 記の受取代理人の口座に 限ります。)	* 通帳をお確かめのうえ記入してください。 銀 行 普 通 ・ 当 座 金 庫 協 会 支 店 口 座 番 号 農 協 フリガナ() 名義人氏名					
	代理人に委任する方 は記入してください。	この給付金の受領を 住 所 氏 名 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名					

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

受付年月日

【提出にあたって(記入上の注意など)】

- 1 被保険者(請求者)が自ら署名する場合、被保険者(請求者)の押印は省略することができます。
- 2 欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
- 3 添付書類は次のとおりです。

添付書類

出産育児一時金等 申請・受取に係る代理契約に関する文書(合意文書)控の写し

分娩費内訳明細書(領収書)の写し〔産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要〕

- 4 出産費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は40.4万円)未満の場合に、「出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書」をご提出ください。
- 5 同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等、重複して給付を受けることはできません。