

直接支払制度用

給付支給決定並びに支出伺				支給額	¥
伺年月日 . . .		決裁年月日 . . .		取得年月日 . . .	
常務理事	事務長	担当者	出産育児一時金	¥	支給日 . . .
			支給内訳 (直接支払額)	(¥ )	
			(内払金・差額)	(¥ )	
			出産育児一時金付加金	¥	. . .

被保険者・家族 出産育児一時金等（内払金・差額）支払依頼書 兼 付加金請求書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証の記号一番号	記号 1 2 3 4	番号 1 2 3 4 5	被保険者の氏名・生年月日	フリガナ ケンボ タロウ 健保太郎 昭和・平成 ○年 ○月 ○日生
	被保険者（請求者）住所・電話番号	〒○○○-○○○○ ○○○市○○○○○○○1-1-1			電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○
	育児情報誌「月刊赤ちゃんと！」を1年間無料配布しております。 受取を希望されますか。（未記入の場合、自動的に配布は行いません）				<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する
	育児情報誌の送付先	※上記の住所と異なる場合、ご記入ください。 〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○○3-2-5			
	事業所の名称	○○○○株式会社			
	家族の出産請求のとき	配偶者の氏名と生年月日	フリガナ ケンボ ハナコ 健保花子 昭和・平成 ○年 ○月 ○日生		設問 前勤務先の健康保険の名称 ( ) 前勤務先の健康保険組合等の電話番号 ( ) 前勤務先の健康保険の保険証の記号・番号 ( ) 前勤務先の健康保険の資格喪失証明書を医療機関に提示されましたか ( はい ・ いいえ )
		※前勤務先退職後6ヶ月以内に出産した場合は、右の設問（前勤務先の健保組合）についてお答えください			

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入（個人番号確認、本人確認書類を添付のこと）
----	--

委任状	この給付の（住所）委任払いをするときに記入 受領方を 令和 年 月 日 （被保険者）	印に委任する 印
振込先	銀行 支店 当座・普通 番号	

—受付日付印—

- (添付書類) 1. 出産費用等領収・明細書等の写し（専用請求書の内容と相違ない旨の記載と産科医療保障制度の所定印が必要）  
2. 合意書等の写し  
◎ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。  
(注意事項) 1. 標題は被保険者が分娩したときは「被保険者」、家族が分娩したときは「家族」を○で囲んで下さい。  
2. 出産育児一時金付加金は、支払機関からの直接支払請求による支払いに合わせて給付いたします。