

出産育児一時金等 内払金支払依頼書・付加金請求書

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者 (請求者)の 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の生年月日	
①	②		昭和	年	月	日
⑤ 被保険者(請求者)の住所		都 道 府 県		電 話 番 号		
〒	-					
事業所の 名 称	⑥ <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者		⑦ 所在地	※任意継続被保険者の方は記入不要です		
被扶養者が出産したため の申請である時はその方の		⑧ 氏名	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
⑩ 被保険者との続柄						
⑪ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑫ 出生児数	⑬ 死産児数
				人	人	⑭ 妊娠経過期間
				週		
⑮ 出生児の氏名	(フリガナ)		⑯ 被保険者との続柄	⑰ 出産した医療機関等の名称		

⑱ 被保険者の方の振込口座等を記入してください。

金融 機 関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協 労働金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)				
	本店 支店 出張所		店番号 (3ケタ)	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座)	口座番号(数字7ケタ)			
			<input type="checkbox"/> 当座					

添付書類

1. 医療機関等から交付された「直接支払制度の合意文書」の写
2. 医療機関等から交付された「出産費用の領収書・明細書(産科医療保障制度の押印がされているもの)」の写

注意事項

被保険者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を喪失後6ヵ月以内の出産の場合または
被扶養者が、中央ラジオ・テレビ健保組合の資格を取得して6ヵ月以内の出産の場合は、別紙「同意書」の記載が必要です。

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士記載欄	
------------	--