

出産育児一時金等 内払金支払依頼書・付加金請求書

| | | | | | | |
|-----------------------------|----------|-----------------------------------|----------|--------------------|----------------|------------|
| 被保険者等記号・番号 | | ③ | (フリガナ) | | ④ 被保険者の生年月日 | |
| ① | ② | 被保険者 (請求者)の 氏名 | | | 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 | | ⑦ | 所在地 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 | | ※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 | ⑨ | | 昭和 平成 令和 | ⑩ 被保険者との続柄 |
| | | 氏名 | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑪ | ⑫ | | ⑬ | ⑭ | | |
| 出産した年月日 | 令和 年 月 日 | | 出生児数 | 死産児数 | 妊娠経過期間 | |
| | | 人 | | 人 | 週 | |
| ⑮ | ⑯ | | ⑰ | | | |
| 出生児の氏名 | (フリガナ) | | 被保険者との続柄 | | 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 | |
|------------|--|

保険給付の公金受取口座利用届

令和 年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

保険給付の申請にあたり、公金受取口座を利用します。

(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。)

被保険者等記号番号 _____

被 保 険 者 氏 名 _____

日 中 連 絡 先 _____

【公金受取口座の利用についての留意点】

1. 公金受取口座の利用を希望される場合は、各申請・請求の都度、当該届出の添付が必要となります。当該届出の添付がない場合は、通常通りの振込となります。
(在職中の方は「事業主経由」、任意継続・特例退職被保険者の方は「加入時に登録した給付金振込口座」もしくは「申請書・請求書記載の口座」への振込となります。)
2. 情報連携により「公金受取口座の情報が取得できない場合」「公金受取口座の口座名義が被保険者氏名と異なる場合」「取得した公金受取口座への振込ができなかった場合」等の際には、被保険者に確認のご連絡をさせていただきます。連絡の取れない場合には、通常通りの振込となりますのでご了承ください。
3. 当組合が情報連携により公金受取口座の情報を取得した後に、ご自身でマイナポータル等から公金受取口座の登録変更をした場合には、変更前の公金受取口座に振り込まれる場合があります。

以上