

(様式1)

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
医療機関支払額	円		
被保険者支払額 一時金・付加金	円		

支払決議書			

出産育児一時金等内払金及び付加金支払依頼書

年 月 日

被保険者証の記号・番号		生年月日			事業所の所在地		
		5・昭和	年	月	日	事業所の名称	
		7・平成					
被保険者の氏名	(フリガナ)				配偶者の分娩 である時はその 氏名	(フリガナ)	
	印						
出生児の氏名					出生児の 生年月日	令和 年 月 日	
被保険者等 (依頼者) の住所	郵便 番号	(フリガナ)					
						(電話) ()	

支払方法	支払金融機関の欄	支払区分	金融機関	金融機関コード				預金種別	1.普通	銀行	本店
				※						2.当座	金庫
口座振込									3.別段	信組	出張所
									4.通知	信連	本所
			口座番号				口座名義		農協	支店	
									漁協	支店	
									(フリガナ)		

