

(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 7・平成		事業所の名称	
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) ()			

委 任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	年 月 日	請求した出産育児一時金・付加金のうち、金 円也の受領に関すること。				
	被保険者	住所 〒				
	代理人	住所 〒				

◎振込は健保給付金として給料に含まれて支払われます。

