

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和 年 月 日

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生年月日		
	—		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	被保険者等 (依頼者) の氏名	(フリガナ)	事業所の名称		
			事業所の所在地		
被保険者等 (依頼者) の住所	郵便番号 —				

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	
				※					
□ 座振込				□ 座番号		□ 座名義	(フリガナ)		

◎「※」印欄は記入しないでください。

直接支払制度を利用して出産費用が50万円未満であったときの、差額請求を申請する申請書になります。

申請する場合は、内払金支払依頼書のほか「分娩費用明細書写し」「直接支払い制度を利用する旨の合意書写し」が必要です。