（別添様式１）

健康保険　被保険者／家族　出産育児一時金内払金支払依頼書

出産した者の別	1.　被保険者　　2.　家族（被扶養者）				
被保険者等記号・番号	記号		事業所の名称		
	番号				
被保険者の氏名	フリガナ		被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
被保険者の住所	〒　　―				
	電話　（　　）　　―				
家族が出産したとき	出産者氏名		出産者の生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
出産年月日	令和　　年　　月　　日	出生児数	死産児数	死産の場合、妊娠からの週数（日数）	
		人	人	満　　週　（　　日）	

＊被保険者だった方が退職後６か月以内に請求される場合は、現在加入の保険者について記入してください。

＊家族が出産前６か月以内に被保険者であった場合は、当時加入の保険者について記入してください。

健康保険記号番号	―
保険者名	
勤務先名	
勤務先所在地	

被保険者のマイナンバー記載欄
・被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受取金融機関の欄	金融機関	銀行 金庫 農協　　本店 支店 出張所	預金種別	1．普通 2．当座	口座番号			
	※ 金融機関コード	―	フリガナ					
			口座名義					

◎口座名義は被保険者本人口座を記入してください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日提出

【添付書類】
・医療機関等から交付された領収・明細書の写し
　（産科医療補償制度加入機関のスタンプがあるもの）
・医療機関等から交付された合意文書の写し

支払済印　　受付日付印

静岡県西部機械工業健康保険組合理事長　　様