

平成 XX 年 XX 月 XX 日

J-オイルミルズ健康保険組合 行

出産育児一時金等内払金支払依頼書

出産育児一時金等内払金の支払いをお願いいたします。

なお、他の保険者に出産育児一時金の申請は行わないことを申し添えます。

被保険者証の 記号・番号	123 - 1000	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ
			健康 太郎 印 (健康)
被保険者 住所	〒 123 - 5678	電話	012 (345) 6789
	県 市 3-5		
事業所名称	XXXX株式会社		
事業所所在地	県 市 12-34		

出産者 氏名	(フリガナ) ケンコウ ハナコ	出産 年月日	年	月	日
	健康 華子		平成	XX	XX
医療機関 名称	(フリガナ) XXXXピョウイン				
	XXXX病院				
医療機関 所在地	〒 123 - 5678	電話	012 (345) 9876		
	県 市 3-5				
出産費用	, 円				

支払い方法は事業主経由とさせていただきます。(任継の方は登録口座へ振り込みます。)

「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱に基づき作成された明細書を添付してください。