

令和 5 年 6 月 1 日提出

サンスタ-健康保険組合 行

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金内払金支払依頼書

(第 1 子)

|                                 |  |  |                   |                         |             |               |           |             |            |   |
|---------------------------------|--|--|-------------------|-------------------------|-------------|---------------|-----------|-------------|------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証<br>記号・番号                           | 記号   | 11                | 番号                      | 12345       | 事業所の名称        | サンスタ- (株) |             |            |   |
|                                 | 被保険者<br>氏名                               | 朝日 一郎  |                   |                         |             | 生年月日          | 昭和<br>平成  | 4 年 5 月 4 日 |            |   |
|                                 | 被保険者<br>住所                               | (〒 *** - **** )  |                   | TEL ( *** ) **** - **** |             | 大阪府高槻市●●町 2-2 |           |             |            |   |
|                                 | 分娩年月日                                    | 令和 5 年 4 月 20 日  | 生産・死産             | (妊娠 週)                  | 出産児の数       | 1 人           |           |             |            |   |
|                                 | 家族が分娩した<br>場合、被扶養者<br>の氏名                | 朝日 花子  | 分娩した被扶養者<br>の生年月日 | 昭和<br>平成                | 4 年 6 月 7 日 | 続柄            | 妻         |             |            |   |
|                                 | 委任欄                                      | 本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。<br>※退職者は記入不要 被保険者 氏名 朝日 一郎 |                   |                         |             |               |           |             |            |   |
|                                 | ※退職後の請求の場合(勤続1年以上で、退職後6ヶ月以内の出産の場合に限ります。) |  |                   |                         |             |               |           |             |            |   |
|                                 | 入社年月日                                    | (和暦)   | 年                 | 月                       | 日           | 退職年月日         | (和暦)      | 年           | 月          | 日 |
|                                 | 振込希望口座<br>預金種別                           | 銀行<br>※在職者は、給与口座にて給付いたしますので、<br>記入不要です。                |                   |                         |             |               |           |             | 出張所<br>営業部 |   |

- 《添付書類》 ①医療機関から交付される領収・明細書の写し  
②医療機関から交付される合意文書の写し

- 《注意事項》 ①医療機関等で直接支払制度を利用し、出産費用が50万円未満(産科医療補償制度未加入機関で出産した場合は48万8千円未満)の場合に差額を支給するための依頼書になります。  
②在職者の場合の支払いは、給与振込みとなります。

|                       |         |   |       |          |     |     |  |
|-----------------------|---------|---|-------|----------|-----|-----|--|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給額     | 円 | 支給決定日 | 令和 年 月 日 |     |     |  |
|                       | 支給内訳    | 円 |       | 円        |     |     |  |
|                       | 出産育児一時金 | 円 |       | 円        |     |     |  |
|                       | 出産育児付加金 | 円 | 円     | 常務理事     | 事務長 | 担当者 |  |
| 支給決定並びに支払決議           |         |   |       |          |     |     |  |

受付日付印