

ケンポ記入欄	支給決定伺								
	支給金額	円	出産日	H・R	年	月	日	取得	S・H・R
	経伺	常務理事	事務長	課長		担当者	喪失	S・H・R	・
						備考			

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号番号	-		事業所(会社)の名称				
	出産者氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日生	続柄		
	出生児の数	単胎・多胎(児)		分娩年月日		H・R	年 月 日	
	出生児氏名			出生児と被保険者との続柄			性別 男・女	
	出生児は被扶養者で	ある・ない		被扶養者でないときの理由				
	出産した医療機関等	名称						
		所在地	〒 - TEL					
	<p>上記の通り請求致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者の住所</p> <p>氏名(自署)及び 印</p> <p>TEL</p> <p>大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿</p>							
	*在職者のみ記入		上記金額の受領を				に委任します(会社名を記入)	
	*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)							
金融機関および支店名		銀行・信用金庫 支店						
1.普通 2.当座		口座番号						
フリガナ								
口座名義人								
				所属事業所 確認印				

大同健保

*この支払は、直接支払制度を利用した医療機関より、専用請求書が健保に届いた時点で支給が決定されます。

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。