

ケンポ記入欄	支給決定伺						
	支給金額	円	出産日	令和 年 月 日	取得	S・H・R	.
	経伺	常務理事	事務長		担当者	喪失	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		令和 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									
		上記の通り請求致します。										
		令和 年 月 日										
	被保険者の住所											
	氏名(自署)及び 印											
	TEL											
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿											
	* 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)					<table border="1"> <tr> <td colspan="3">所属事業所 確認印</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	所属事業所 確認印					
所属事業所 確認印												
	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											

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。