

ケンボ記入欄	支給決定伺						
	支給金額	円	出産日	R 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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の名称	大同〇〇株式会社		
	出産者氏名	大同 康代	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日	続柄	本人
	出生児の数	単胎・多胎(児)	分娩年月日	R 〇年 〇月 〇日		
	出生児氏名	大同 花子	出生児と被保険者との続柄	子	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	夫の扶養に入るため		
	出産した医療機関等	名称	〇〇 クリニック			
		所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	上記の通り請求致します。					
	令和 〇年 〇月 〇日					
	被保険者の住所 〇〇〇					
氏名(自署)及び印 大同 康代 (印) (大同)						
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 大同〇〇株式会社 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			

あてはまるものに〇印

必ず該当する方のいずれかに記入

お子さんが大同健保に加入されるかを記入

会社名のみを記入

大同健保

社会保険担当部署の印

*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。