

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

あてはまるものに○印

必ず該当する方のいずれかに記入

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 生	続柄	本人	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	分娩年月日	H・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				
			社会保険担当部署の印				

会社名を記入

*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。