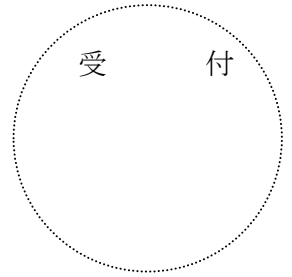


| | | | | |
|-----------------------|---------------|-----|-----|-------|
| 健 保 記 入 欄 | 受 付 年 月 日 | . . | 支給額 | 円 |
| | 資 格 取 得 日 | . . | 支給日 | 年 月 日 |
| | 資 格 喪 失 日 | . . | 計算式 | |
| | 被 扶 養 者 認 定 日 | . . | | |
| | 離 職 日 | . . | | |
| | 課長 | 担当 | | |
| | | | | |



- 被 保 険 者
 家 族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

出産費用が出産育児一時金を下回った場合、出産月の2~3ヶ月後に会社経由で自動払いします。早期に支給を希望される場合のみ提出してください。

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------|---------------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証の 記号と番号 | 記号 ----- 番号 | 事業所名 | 所属 | |
| | 被扶養者の分娩で ある時はその氏名 | | 被扶養者の 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | 分娩年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 | | |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 週) |
| | 医療機関名 | | | | |
| | 医療機関 住 所 | 〒 | | | |
| | 備考欄 | 電話 | | | |

必要添付書類

- * 出産された医療機関が交付する、島津健保組合宛の代理契約を締結している旨が記載された「直接支払制度合意文書」の写しを添付して下さい。
- * 直接支払制度を用いている旨の記載及び、産科医療補償制度に該当・非該当の記載(スタンプの有無)及び、代理受取額が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。

上記のとおり被保険者・家族出産育児一時金内払支払依頼書の支給を請求します

島津製作所健康保険組合理事長殿

年 月 日

| | | | |
|---------|------|----------------|-----|
| 被 保 険 者 | 住 所 | 〒 - (Tel - -) | 請求印 |
| | フリガナ | | |
| | 氏 名 | | |

在職者の給付金は、会社経由で支給いたします。

任意継続被保険者又は資格喪失後の給付金は、銀行預金口座へ振り込みいたしますので、下記に被保険者名義の預金口座を記入してください。

| | | | | | | | | | |
|--------|-----|-------|----|--|--|----|--|--|--|
| 銀行名 | 支店名 | 支店コード | 普通 | | | | | | |
| | | | 貯蓄 | | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | 記号 | | | | | 番号 | | | |