

出産育児一時金等内払金支払依頼書

三井製糖北糖健康保険組合 御中

年 月 日

被保険者証の 記号・番号	-	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 の氏名	(フリガナ) ㊞		事業所の 名称			
被保険者 の住所	(郵便番号)	(フリガナ)				
	-			(電話番号)	-	-

支払方法	支払金融機関の欄	預金種別	普通	銀行 金庫 信組								本店 支店 出張所
1.給与振込			当座									
2.口座振込		口座 番号								口座 名義	(フリガナ)	
3.直接払い												

- ◎ 支払方法について、「1.給与振込」「3.直接払い」を希望される方については、「支払金融機関の欄」の記入の必要はありません。
- ◎ 医療機関等から交付される合意文書の写しと 出産費用の領収・明細書の写しを必ず添付して下さい。