

# 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

99 年 99 月 99 日

被保険者証の 記号・番号	99 - 9999	被保険者の 生年月日	昭和 平成	99 年 99 月 99 日
被保険者 の氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ  健保 花子 (印)	事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社	
被保険者 の住所	(郵便番号) 999 - 9999	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ9-9  〇〇県〇〇市〇〇町9-9	(電話番号) 99 - 9999 - 9999	

支払方法	支 払 金 融 機 関 の 欄	預金 種別	普通	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組	〇〇〇〇	本店 支店 出張所				
1.給与振込		当座									
2.口座振込		口座 番号	9	9	9	9	9	9	9	口座 名義	(フリガナ) ケンポ ハナコ  健保 花子
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。