

出産育児一時金付加金支払依頼書
Claim Form for Partial Payment of Lump-Sum Childbirth

この用紙は、分娩機関から健康保険組合に出産費用の請求があった後に、健康保険組合から被保険者に送付します。

平成29年12月25日提出
Submitted Year Month Day

被保険者が記入するところ To be completed by the insured person	被保険者証の記号と番号 Insurance card code and number	記号 Code 1	番号 Number 1234	被保険者氏名(請求者) 生年月日 Name of insured person (claimant) and date of birth	昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(A D)	健保 太郎
	社員番号 Employee number	00000		1年1月25日 Year Month Day	1年1月25日 Year Month Day	
	被保険者(請求者)の住所 Address of insured person (claimant)	〒000-0000		東京都〇〇区△△町1-2-3 □□マンション301号		電話 Phone 03 (1234) 5678
	分べんした年月日 Date of childbirth	令和2年1月25日 Year Month Day	1: 生産児数 1: Number of children born 1人	2: 死産児数 Number of stillborn 人	死産の時は妊娠経過期間 Time period of pregnancy in case of stillbirths 妊娠週(日) Pregnant weeks (days)	
被扶養者が分べんした場合はその方の If the person who gave birth is a dependent, that person's	氏名 Name	健保 花子		生年月日 Date of birth	昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(A D)	2年8月14日 Year Month Day

※ 受領委任しない限り被保険者名義の口座をご記入ください。

* If you are not using a representative recipient, please enter an account of the insured person.

委任状 Proxy	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 I hereby entrust the receipt of benefits based on this claim to a representative recipient.	年 月 日 Year Month Day
	被保険者(申請者) Insured person (applicant) 氏名 Name e	代理人 Representative (実際に給付を受領する者) (The person who will actually receive the benefits) 氏名 Name e

支払金融機関 Financial institution for payment	銀行 Bank	本店 Main branch	普通・当座 Savings / Checking
	信金・信組 Shinkin bank, credit association	支店 Branch	
	支店番号 Branch number	口座番号 Account number	口座名義人 Name on account
		フリガナ (Katakana)	

給付金の振込先金融機関を記入して下さい

受付日付印