

健康保険 被保険者出産育児一時金・同付加金 内払金支払依頼書
 家族出産育児一時金

※直接支払制度を利用された方用

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバー記載してください。
 (その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

右枠内の①・②を確認の上、確認欄口にレ点(チェック)を記入してください	確認欄 (チェック)	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
	<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 昭・平・令 △△年 △月 △△日生	
	事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株) ○○○部				
	フリガナ	ケンポ ハナ				
	出産者氏名	健保 花		出産者の生年月日	昭・平・令 ××年×月××日生	
	出産日	平成・令 ××年8月1日				
	下記①②のいずれかに該当している場合、①現在(②以前)加入して①いる(②いた)保険者名、連絡先と記号・番号をご記入ください。					
	① 退職等により、ジェイティ健康保険組合の資格喪失後6ヵ月以内に出産したことによる請求の場合 ② ジェイティ健康保険組合に加入してから6ヵ月以内の家族が出産したことによる請求の場合					
	保険者名、連絡先	□□健康保険組合 電話番号 ×××(×××) 5555		記号・番号	□□ . ○○○○	
	出産時の医療機関等の名称および所在地・電話番号	名称 △△病院	所在地	〒 ×××-×××× 東京都港区○○町1-1 電話番号 03(0000)0000		
	個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にし点を付けてください。)		
在職者の方	本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 令和 ××年 8月 22日 被保険者氏名 健保 太郎					
退職後の方	*被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名					
上記のとおり依頼します。 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(請求者) 住所 令和 ××年 8月 22日 ○○市○○区△△町2-1 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎						

★被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
 (注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

①②のいずれかに該当している場合には、保険者名等および記号・番号をご記入下さい。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にし点にご記入下さい。

在職者の方は、給付金を事業主経由で支払いますので、受取代理人の欄にご記入下さい。

退職後(退職予定)の方は、給付金の振込先金融機関をご記入下さい。
 なお、被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合には、委任欄のご記入が必要となります。

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。
 ↓
 (注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

支払日付印 健保受付日付印