常務理事	事務長		担当者

記入例

直接支払制度利用者用

ライク健康保険組合　御中

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金(差額)請求書

（出産育児一時金等内払金支払依頼書）

ご確認ください

◎提出先・・・事業会社在籍中▼事業会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後▼当組合給付担当
◎この申請書を提出するときは「振込先の預貯金通帳の写し等で銀行口座が確認できるもの」を必ず添付してください。
◎直接支払制度利用の代理受領（領収書・明細書で確認）が５０万円の場合は申請できません。
◎医療機関等から交付される「代理契約に関する文書の写し」を添付してください。
◎退院時に精算をした出産費用の「領収・明細書（出産日・出産児数・代理受取額等の記載のあるもの）の写し」を添付してください。
◎在職中に氏名変更の手続きをしていない場合は婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。

被保険者（本人）が記入するところ

Ⓐ健康保険証 記号	7 0 0 0	番号	1 1 1 1 1	Ⓑ所属する事業会社 名称	ライク株式会社
				所在地	大阪市北区角田

任意継続被保険者の方は
名称：「任意継続」と記入
所在地：記入不要

Ⓒ被保険者の（請求者）氏名	（フリガナ）ライク ハナコ ライク　花子	Ⓓ生年月日	昭和・平成・令和 4 年 8 月 0 9 日 1 5	Ⓔ日中連絡のとれる電話番号 090-9999-9999
Ⓕ被保険者の（請求者）住所	郵便番号 5 3 0 0 0 1 7	（フリガナ）オオサカシキタクカクダチョウ 大阪市北区角田町0-0-0-503		

Ⓖ出産年月日	平・令 3 年 1 0 月 4 0 日 1	Ⓗ出生児数 1 人	Ⓘ死産児数 0 人	Ⓙ死産のときはその旨と妊娠経過期間 1 該当せず（妊娠　ヶ月・　週）
Ⓚ出生児の氏名	（フリガナ）ライク イチロウ ライク　一郎			
Ⓛ被扶養者（家族）が出産した場合	氏名（フリガナ）	続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	

Ⓜ支払金融機関の欄	コスモス	銀行・金庫・農協	梅田	本店・支店・出張所・営業部	支店コード 3 2 1
	預金種別 1：普通	口座番号 7 6 5 4 3 2 1	口座名義人（請求者）	（カタカナで記入）ライク　ハナコ	

2 Ⓝ受取代理人の欄

振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと（同一筆跡は不可）

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。　委任者と代理人との関係

令和　年　月　日

被保険者（請求者）　氏名　住所 〒

代理人の氏名	（フリガナ）	代理人の住所	（フリガナ） 〒

令和 1 年 5 月 7 日提出

❶ 生産の場合は該当せず、死産の場合は死産と記入し妊娠経過期間を記入してください。
❷ 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名が必要です。

ライク健康保険組合