

常務理事	事務長		担当者



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
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42万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。
在職中に氏名変更をした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。

記号 7 0 0 0		番号 1 1 1 1 1		名称 ライク株式会社	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	
所在地 大阪市北区角田		所属する事業会社		生年月日 昭和 平成 令和 4 8 0 9 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)氏名 ライク 花子		(フリガナ) ライク ハナコ		出生年月日 平・令 3 1 0 4 0 1		①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)
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		出生児数 1 人		①死産児数 0 人
出生児の氏名 ライク 一郎		(フリガナ) ライク イチロウ		被扶養者(家族)が出生した場合 氏名 続柄 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		支店コード 3 2 1
支払金融機関の欄 コスモス 銀行 金庫 農協 梅田		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) ライク ハナコ		(カタカナで記入)
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		
受取代理人の欄 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

- ① 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。
- ② 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。