常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合　御中

直接支払制度利用者用

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	番号	Ⓑ所属する事業会社	名称		
			所在地		
Ⓒ被保険者の（請求者）氏名	(フリガナ)	Ⓓ生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	Ⓔ日中連絡のとれる電話番号	
Ⓕ被保険者の（請求者）住所	郵便番号 ――	(フリガナ)			
Ⓖ出産年月日	平・令　年　月　日	Ⓗ出生児数 人	Ⓘ死産児数 人	Ⓙ死産のときはその旨と妊娠経過期間	（妊娠　ヶ月・　週）
Ⓚ出生児の氏名	(フリガナ)				
Ⓛ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	銀行 金庫 農協　本店 支店 出張所 営業部	支店コード			
	預金種別	1:普通	口座番号	口座名義人（請求者）	(カタカナで記入)

Ⓝ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　年　月　日提出

受付日付印

健保記入欄			
資格取得(認定)日	年　月　日	現存 喪失後	
資格喪失(削除)日	年　月　日		
法　定	円		