

出産費用の支払に出産育児一時金等の直接支払制度を利用した場合に、出産費用等が出産育児一時金支給額より少なくてすんだときの差額申請様式です。

カネカ健康保険組合理事長 殿

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和 年 月 日

下記記載内容に誤りがないことを確認の上、出産育児一時金等内払金の支払を依頼します。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	記号			事業所 の 名 称			
		番号						
	被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の	氏名				生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
		住所	〒					
		電話番号	()					
	請求が被扶養者 に関するとき	氏名	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	続柄		
	支 払 金 融 機 関 (給 付 金 の 受 取 を 代 理 人 に 委 任 す る 場 合 は 委 任 状 も 記 入)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
		金融機関名	支店名	預金 種別	口座番号	口座名義(カタカナ)		
				普通 当座		(カタカナ)		
	委 任 状	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名					
受取代理人 (口座名義人)		住所						
		Tel(日中連絡先)						
	氏名				被保険者との続柄			
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は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)								
備考欄								
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。								

※確認のため、医療機関等より交付された出産費用の領収・明細書コピーの添付が必要です。

※内払金は、20日締め、当月末振込です。