

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。
 【提出先】直接健康保険組合(株式会社カネカ 大阪本社内)へご提出ください。

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

下記のとおり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			事業所名		
		番号					
	被保険者の氏名	氏名			生月 年日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	被保険者の住所	〒					
		電話番号 ()					
	請求が被扶養者に関するとき	氏名			生月 年日	昭和 年 月 日	続柄
				平成 年 月 日			
支払金融機関	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)	
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。