

受付年月日	年 月 日	
伺 年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給額	円	
支給内訳	内払金(差額)	円
	出産育児付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得日	年 月 日		
資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金内払金(差額・付加金)支払依頼書

被保険者(請求者)が記入する欄	被保険者の記号と番号	記号 000	番号 0000	事業所の名称	株式会社〇〇〇	
	被保険者の氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		被保険者の生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	
	被保険者の住所と電話番号	〒123-4567 〇〇県△△市□□町1-2 TEL:012-345-6789				
	被扶養者(家族)が出産したときはその者の氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄	妻		
	出生児の名前	健保 愛子		出生した年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	
	振込先金融機関(被保険者の口座)	〇〇〇〇 銀行 信用金庫 〇〇〇〇 支店 信用組合	普通	口座番号	0000000	
		口座名義人氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			
上記のとおり申請します。 令和 XX 年 XX 月 XX 日						
ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長殿		被保険者の住所		〒000-0000 〇〇県△△市□□町1 氏名 健保 太郎		

【添付書類】

- ※医療機関等の発行する領収・明細書の写し(「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載があるもの、産科医療補償制度の加算対象の出産である場合、そのことを証するスタンプが押印されているもの)
- ※医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払制度を利用する旨及び当健保である旨記載したもの)

受付日付印