

健保決裁欄	理事長	常務理事	事務長	担当者	係員

受付年月日

決定年月

出一時
(内払)

被保険者(本人)出産育児一時金内払金支払依頼書

CNCグループ健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名	フリガナ	
	出産年月日	令和 年 月 日	出生児氏名 (多胎の場合は全 員の名前を記入)	フリガナ	
	単胎・多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
	産科医療補償制度の登録を行い、妊娠22週以降の出産ですか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記のとおり請求します。 ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。		資格喪失(予定)者記入欄	◆資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。	
	令和 年 月 日 (千 一)	住所		※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)	
被保険者氏名 (請求者氏名)			(フリガナ)	(フリガナ)	
電 話	()		<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所	
			普通 口座番号	フリガナ 名 義	
※請求者名義の口座に限る					

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。				
	令和 年 月 日	事業所所在地			
		受任者	事業所名称		資格取得日 年 月 日
		事業主氏名			資格喪失日 年 月 日

健保記入欄	整理番号	本人・家族	出生児名	出産年月日	健保給付総額	円
		1		年 月 日	代理受取額	円
					内 払 金	円

<添付書類>

- ・直接支払制度合意文書の写し
- ・出産費用の領収・明細書の写し(産科医療補償制度の加算対象分娩である場合は、それを証するスタンプの押印あり)

※ 内払金は健保受付日の翌月の給料日に支払い、支払月の「給付金支給決定通知書」(再発行不可)に決定内容を記載します。