（様式 1）

支 給 決 定 伺		支給決定　令和　　年　　月　　日	
標 準 報 酬 月 額		千円（　　等級）	
支 給 額	法定給付	款　項　目	円
	付加給付	款　項　目	円
	合　計		円
取得日　　.　　.		喪失日　　.　　.	

決裁	常務理事	事務長	担当者	担当者

□ **被保険者**　**出産育児一時金等内払金支払依頼書**

□ **被扶養者**　　**（直接支払制度利用差額請求用）**

下記のとおり依頼いたします。

被保険者記入欄

被保険者証の記号と番号	記 号		番 号		令和　　年　　月　　日提出
被保険者の氏　名			被保険者の住所及び連絡先	〒　　- 住 所	
出産した方の氏　名				日中の連絡先	TEL　　（　　）
出産したのは	・被保険者　・被扶養者		出産年月日	令 和	年　　月　　日
出生児の数	・単胎児　・多胎児（　　児）		生産・死産の別	生 産 ・ 死 産	死産の場合　妊娠（第　ヵ月）（第　週）
出産した医療機関	名 称				
	住 所				
給付金の受給については事業主経由で給付いたします。					
在職中の方（委任状）	給付金の受領に関して、事業主に委任します。		年　　月　　日		
			（氏名）		
資格喪失後の方（任意継続加入の方）	銀行	口座番号（普通・当座）			
	支店	名義（ｶﾀｶﾅ）			
【必須】 以下の内容を確認して ☑ してください。					
備考欄	□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。			
		① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。			
		② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

※（任意）被保険者のマイナンバー記載欄（被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。）

（マイナンバーをご記入いただいた場合は、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。）
①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証（写）またはパスポート（写）　②個人番号カード（両面）の写し　①②のいずれか１点

【注意事項】
・ この内払金依頼書は、直接払制度を利用して出産し、出産費用が50万円（注１）未満で、医療機関等からの請求に基づき当組合から通知される「支払決定通知書」を待たずに法定給付との差額を早急に必要とする場合の申請に使用して下さい。

注１： 産科医療制度未加入の分娩機関での出産や、在胎週数第22週未満で死産の場合は48.8万円。
やむを得ない理由で被保険者口座に直接振込みを希望する場合のみ、指定する口座を記入して下さい。
（被保険者本人の名義に限ります）

【添付書類】
① 医療機関等から交付された「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されている領収・明細書の写し。
（産科医療補償制度加入医療機関の場合は所定のスタンプの押印が必要です.）
② 医療機関等から交付された代理契約に関する文書（合意文書）の写し。

受 付 印

オオゼキ健康保険組合
2023.4.1改版