

令和 年 月 日

日清オイリオグループ健康保険組合 殿

出産育児一時金等内払金支払依頼書

出産育児一時金等内払金の支払いをお願いいたします。

なお、他の保険者に出産育児一時金の申請は行わないことを申し添えます。

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏 名	(フリガナ)
			印
被保険者 住 所	〒 —	電話 ()	
事業所名称			
事業所所在地			

出 産 者 氏 名	(フリガナ)	出 産 年 月 日	令和 年 月 日
医療機関 名 称	(フリガナ)		
医療機関 所 在 地	〒 —	電話 ()	
出産費用			円

◎ 支払い方法は事業主経由とさせていただきます。(任継の方は登録口座へ振り込みます。)

◎ 「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱に基づき作成された明細書を添付してください。