

出産育児一時金 / 家族出産育児一時金 内払金支払(差額)申請書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ			
				氏 名			
	備 考	※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、下記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。)					
	事 業 所 の 名 称						
	分娩した被保険者 家 族 の氏名				被保険者との続柄		
	及 び 生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	分娩年月日	令 和	年	月	日	死産の場合	月 日 流産〔妊娠 死 産 月〕
保土谷化学健康保険組合 理事長 殿 上記により法定給付金を請求いたします。 尚、上記給付金の請求を、貴組合以外にいたしません。 令和 年 月 日 住 所 _____ 被保険者の 氏 名 _____							
被 保 険 者 が 他 に 給 付 金 の 受 領 を 委 任 す る 場 合							
上 記 請 求 に 対 す る 金 員 の 受 領 を _____ に 委 任 い た し ま す 。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 _____							
領 収 書							
上 記 の 請 求 に 対 す る 給 付 金 と し て 金 _____ 円 也 を 領 収 い た し ま し た 。 令和 年 月 日 受領者の氏名 _____							
処 理 欄							
受 付 印		支 給 額	法定給付 円	理事長	常務理事	事務長	係