

出産育児一時金等内払金支払依頼書

DM三井製糖グループ健康保険組合 御中

年 月 日

被保険者証の 記号・番号	-	被保険者の 生年月日	平成 令和	年 月 日
被保険者の氏名	(フリガナ) <div>印</div>	事業所の 名称		
被保険者の住所	(郵便番号) -	(フリガナ) <div>(電話番号) - -</div>		

支払方法	支払金融機関の欄	預金種別	普通	銀行 金庫 信組								本店 支店 出張所
1.給与振込		当座										
2.口座振込		口座 番号								口座 名義	(フリガナ)	
3.直接払い												

- ◎ 支払方法について「1.給与振込」「3.直接払い」を希望される方については「支払金融機関の欄」の記入は必要ありません。
- ◎ 医療機関等から交付される合意文書の写しと 出産費用の領収・明細書の写し を必ず添付して下さい。

受領代理人氏名

