

# 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	99 - 9999	被保険者の 生年月日	平成 令和	99	年	99	月	99	日
被保険者 の氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ <b>健保 花子</b> 印	事業所の 名称	〇〇〇〇株式会社						
被保険者 の住所	(郵便番号) 999 - 9999	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇チョウ9-9 〇〇県〇〇市〇〇町9-9	(電話番号) 99 - 9999 - 9999						

支払方法	支払金融機関の欄	預金種別	普通	〇〇〇〇				銀行金庫信組	〇〇〇〇	本店支店出張所
1.給与振込		当座								
2.口座振込		口座番号	9	9	9	9	9	9	口座名義	(フリガナ) ケンポ ハナコ <b>健保 花子</b>
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

印