

支給決定 備考	年 月 日	分娩年月日	常務理事	主任	担当
	支給額	年 月 日			
備考					

## 出産育児一時金等内払金支払依頼書

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ			
被保険者証の 記号番号	-	生 年 月 日	年 月 日
被保険者等 (依頼者) の氏名	フリガナ	事業所の名称	
	印	事業所の所在地	
被保険者等 (依頼者) の住所	〒 - 電話 ( )		
分娩した者の氏名		被保険者との続柄 本人・配偶者	生年月日 年 月 日
分娩年月日	年 月 日	死産の時はその旨	
出生児の氏名	フリガナ	出生児と被保険者 との続柄	男 ・ 女
	印		

※ 直接支払制度を用いた医療機関等より交付された費用の内訳を記した明細書の写しを添付してください。

◎ 支払方法

出産育児一時金等内払金の給付を事業主に委任します。

年 月 日

三井E&S健康保険組合 御中

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印