

出産時に医療機関へ直接支払制度の利用を希望し、出産費用が50万円を  
下回った場合の申請書類（健保から差額を支給）

支給決定	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	1010 - 12345	生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日
被保険者等 (依頼者) の氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 印	事業所の名称	三井E&S
被保険者等 (依頼者) の住所	〒 100 - 1000 東京都中央区築地1-1-1 電話 03 (5626) 0000		
分娩した者の氏名	健保 花子	被保険者との続柄 本人 配偶者	生年月日 〇〇〇〇年 〇月 〇日
分娩年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	死産の時はその旨	
出生児の氏名	フリガナ ケンポ ワタル 健保 航	出生児と被保険者 との続柄	長 男・女

※ 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。

〇〇〇〇年 〇月 〇日

三井E&S健康保険組合 御中

被保険者氏名 健保 太郎 印