

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者証	記号 ----- 番号		分娩者	氏名		被保険者との続柄	本人・家族
				生年月日	昭和・平成 年 月 日		
出生児氏名							
被保険者が勤務している事業所	名称						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>日本ユニシス健康保険組合 御中</p> <p style="margin-left: 100px;">郵便番号 〒 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">被保険者住所 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">氏名・印 _____ ㊟</p> <p style="margin-left: 100px;">電話番号 _____ (勤務先・自宅・携帯)</p>							
NUL/UALの方 <在職者> →本籍会社名/被保険者氏名の記入、捺印 <退職者> →記入不要	<p style="text-align: center;">この給付金の受領方を _____ に委任します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名・印 _____ ㊟</p>						
NUL/UALの方 <在職者> →記入不要 <退職者> →振込希望口座を記入		銀行		支店		普通・当座	
	口座番号			フリガナ			
				口座名義			

(請求上の注意)

この依頼書は「直接支払制度」を利用し、出産費用が42万円未満^{注)}であったときに提出して下さい。

注)産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合です。
未加入の医療機関等においての出産は、出産費用が40.4万円未満となります。