

支給決定書

支給金額	円	取得	年	月	日	常務理事	
		喪失	年	月	日		
		分娩	年	月	日	事務長	
		配偶者認定日	年	月	日		
備考						主任	
						係	

本人 家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日				分娩年月日				備考	
	0 0 0 - 0 0 0		昭和 平成	年	月	日	令和	年	月	日		
	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ					事業所の名称		0 0 0 0 0 0 0 0			
		健保 愛子					事業所の所在地		0 0 0 0 0 0 0 0			
	被保険者の住所	郵便番号	0 0 0 - 0 0 0 0				0 0 県 0 0 市 0 0 町				電話 ( )	
	分娩した被扶養者の氏名						分娩した被扶養者の生年月日		昭和 平成	年	月	日
	被保険者の払渡希望銀行	銀行		支店		普通 NO.		0 0 0 0 0 0 0 0				
金融機関コード		支店コード		口座名義(カタカナ)		ケンポ アイコ						

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、マイナンバー確認、本人確認をするための添付書類が必要です)