

支給決議書	支 給 額		円	資格取得年月日	年 月 日
	内 訳	法定	円	資格喪失年月日	年 月 日
		附加	円		
	分 娩 年 月 日	年 月 日		出生数の数	単胎 ・ 多胎 () 児
備 考				生産・死産の別	生産 ・ 死産 () ヲ月

被 保 険 者 族 出 産 育 児 一 時 金 等 内 払 金 支 払 依 頼 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		記号 番号	② 被 保 険 者 氏 名			
	③ 被 保 険 者 の 住 所		〒 -				
	④ 日 中 連 絡 の 取 れ る 電 話 番 号		自 宅			勤 務 先	
	⑤ 被 保 険 者 の 勤 務 す る 又 は 勤 務 し て い た 事 業 所						
	⑥ 被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日		昭和 平成 令和	年 月 日	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	
	⑦ 家族が分娩したための 請求の場合はその者の		氏 名		⑧ 生 年 月 日	⑨ 続 柄	
					昭和 平成	年 月 日	
	⑩ 振 込 希 望 口 座		銀行 普通	支店 当座	(フリガナ)		
					(名義人氏名)		
	⑪ 出生児の数		単 胎 ・ 多 胎 () 児		⑫ 生産・死産の別	生産 ・ 死産 () ヲ月	
⑬ 医療機関の		住 所					
		名 称					
⑭ 委 任 状		私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した出産育児一時金及び同付加金の受領を委任します。 令和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 被 保 険 者 氏 名					

〔 注 意 事 項 〕

- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 医療機関から交付された「直接支払制度に関する合意文書」の写しを添付して下さい。
- 医療機関から交付された費用の内訳が記載された「出産費用明細書」の写しを添付して下さい。
- 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。
(請求書不備の場合は除く)

【 個 人 情 報 保 護 に 関 し て 】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 TEL 06-66447-8484
FAX 06-66447-8485