健保記入欄				
	受付年月日	. .	支給額 円	
	資格取得日	. .	支給日 年 月 日	
	資格喪失日	. .	計算式	
	被扶養者認定日	. .		
	離職日	. .		
	課長	担当	処理	

受付

□ 被保険者
□ 家族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

出産費用が出産育児一時金を下回った場合、出産月の2～3ヶ月後に会社経由で自動払いします。
早期に支給を希望される場合のみ提出してください。

被保険者記入欄				
	被保険者の記号・番号	記号 番号	個人番号 （マイナンバー）	
	※記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。			
	事業所名			
	被扶養者の分娩である時はその氏名		被扶養者の生年月日	年 月 日
	分娩年月日	年 月 日		
	出生児の数	単胎・多胎 （ 児）	生産・死産の別	生産・死産 （妊娠第 週）
	医療機関名			
	医療機関住所	〒 電話		
	備考欄			

必要添付書類

① 出産された医療機関が交付する、島津健保組合宛の代理契約を締結している旨が記載された「直接支払制度合意文書」の写しを添付して下さい。

② 直接支払制度を用いている旨の記載及び、産科医療補償制度に該当・非該当の記載（スタンプの有無）及び、代理受取額が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。

上記のとおり被保険者・家族出産育児一時金内払支払依頼書の支給を請求します

島津製作所健康保険組合理事長殿　　年　月　日

被保険者		
	住所	〒　－ 電話
	フリガナ	
	氏名	

在職者の給付金は、会社経由で支給いたします。
任意継続被保険者又は資格喪失後の給付金は、銀行預金口座へ振り込みいたしますので、下記に被保険者名義の預金口座を記入してください。

銀行名	支店名	支店コード	普通 貯蓄							
ゆうちょ銀行	記号					番号				