

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者証の 記号番号		事業所名	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
被扶養者の出産の 場合は被扶養者の	氏名	生年月日	年 月 日
出産年月日	年 月 日	出生児数	人

私が東北しんきん健康保険組合より受ける出産育児一時金等内払金支払通知書及び
支払いに関し、事業主を経由して行われることに同意のうえ、上記のとおり依頼します。

年 月 日

住所

被保険者 氏名 ⑩

連絡先 — —

※この依頼書には医療機関等から交付された「領収・明細書（写）」を添付してください。