

(この依頼書は、直接支払制度を利用した方が差額を請求するものです)

レンゴー健康保険組合 御中

内払

常務理事	事務長	係	資格取得日	年	月	日
			資格喪失日	年	月	日
			扶養認定日	年	月	日
支給額	円			産科医療補償制度加入	有・無	
				直接支払制度利用	有・無	

被保険者
家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

事業所名		被保険者記号・番号		被保険者の氏名	
		—			
被保険者の住所					
母親の氏名・生年月日		昭和・平成 年 月 日		被保険者との続柄	
出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産 / (人)		病院の代理受取額	¥
死産のときは 妊娠月数	妊娠 ヶ月 週				
委任状	レンゴー健康保険組合理事長殿				
	年 月 日				
上記によって 金 円を請求いたします。					
上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。					
被保険者 住所					
氏名					

* 注意

この内払金支払依頼書は、「直接支払制度」を利用して、出産費用が50万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関での出産は48.8万円)未満であるときに、申請して下さい。
(令和5年3月31日以前分はそれぞれ42万円・40.8万円)

医療機関等からの請求金額を確認後、支給となります。

* 添付書類
なし