

(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ngo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          |          |          |  |
| レngoー(株)大阪本社   | 10 - 12345   | 健保 太郎            |          |          |  |
| 被保険者の住所        | 大阪市北区梅田2-2-2   |                  |          |          |  |
| 母親の氏名・生年月日     | 健保 花子  | 昭和・平成<br>7年7月10日 | 被保険者との続柄 | 妻        |  |
| 出産年月日          | 令和5年4月2日   | 生産・死産 / (1人)     | 病院の代理受取額 | ¥480,000 |  |
| 死産のときは<br>妊娠月数 | 妊娠 ヶ月 週  |                  |          |          |  |
| 委任状            | レngoー健康保険組合理事長殿  |                  |          |          |  |
|                | 令和 5年4月3日  |                  |          |          |  |
|                | 上記によって 金 20,000 円を請求いたします。<br>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。<br>被保険者 住所 大阪市北区梅田2-2-2<br>氏名 健保 太郎 |                  |          |          |  |

\* 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