届出種別	
給	7-2

□被保険者
□家　　族

出産育児一時金等内払(差額)支払依頼書

依頼者記入欄	①被保険者等(資格確認書等又は保険証を参照)		(フリガナ)	
	記号	番号	②被保険者(依頼者)の氏名	
	③生年月日		□昭和 □平成　　年　　月　　日	
	④被保険者(依頼者)の現住所・連絡先		〒　　－ TEL	
	勤務しているまたはしていた事業主		⑤名称	
			⑥所在地	
	被扶養者が出産したための依頼である場合はその方の		⑦氏名	
			⑧生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日
	⑨出産した年月日		令和　　年　　月　　日	
	⑩生産または死産の別		□ 生産　　児	□ 死産　　児 (満　　週)
	振込先金融機関		□銀行 □信用金庫 □信用組合	銀行コード
			□本店 □支店 □出張所	支店コード
		□普通預金 □当座預金	口座番号	(フリガナ) 口座名義

＜添付書類＞　1. 医療機関が交付する、この出産に係る「明細書(受取代理額の表記があるもの)」の写し
2. 直接支払制度にかかる医療機関から交付される合意文書の写し

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

★提出先　〒100-0004
東京都千代田区大手町1－7－2　東京サンケイビル17階
安田日本興亜健康保険組合　給付グループ宛

受付日付印