

出産育児一時金・付加金支給決定伺			業務部長	給付審査課長	係	事務所長	係
支給決定額	種 目	出産育児一時金					
	法定給付金	円					
	付加給付金	円					
	合 計	円					
資格	取得	年 月 日	1受付		2受付		
	喪失	年 月 日					
決定年月日		年 月 日					
支払年月日		年 月 日					

出産育児一時金等内払金依頼申請書

出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を利用し、出産育児一時金等として支給すべき額と代理受取額との差額が発生しましたので、差額分(付加給付金含む)の内払金支払について、下記のとおり依頼申請します。

なお、この依頼申請に伴い、医療機関より交付されました費用の内訳を記した明細書を添付します。

健康保険被保険者証	記号	番号
事業所名称		
被保険者の氏名	印	生年月日 昭和 平成 年 月 日
出 産 日	平成 年	月 日
出産が被扶養者の場合	生年月日	昭和 平成 年 月 日
医療機関 名称 ・ 所在地	名 称	所在地

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日 申請

受 領 委 任	名称	
	私は事業主 氏名	殿
	に上記内払金関係の受領に関する手続き及び受領を委任します。	
	被保険者 氏名	印

出産育児一時金等の内払依頼申請をした場合は、直接支払制度を利用する医療機関等及び、現在加入しています保険者(健康保険組合等)と長野県農協健保組合での出産に係る情報提供などについて同意いたします。