

**出産育児一時金等**  
**健康保険**  
**家族出産育児一時金等**

**内払金支払依頼書**

(直接支払制度利用差額請求用)

平成 年 月 日 依頼

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者の 記号一番号	—	被保険者の 氏名	印	
	被保険者の 現住所	〒 —			
	事業所の名称				
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産のときは、その旨		
	配偶者の分娩で あるときは、その 氏名、生年月日			昭和 平成	年 月 日生
	出生児の氏名		出生児が 被扶養者かどうか	被扶養者で ある・ない	
	出生児が被扶養 者でないときは、 その理由				
委任状 (必ず記入)	私は、コカ・コーライーストジャパン健康保険組合からの内払金受領を事業主に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 印				

☆添付資料 : 医療機関が発行した出産費用の内訳を記した明細書のコピー。

: 医療機関発行の『直接支払制度代理契約合意文書』のコピー。

コカ・コーライーストジャパン健康保険組合 理事長 殿

支 払 決 議 書	伺年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	被保険者 台帳照合印	
	支給年月日	平成 年 月 日					
	内払額	円					
	支給決定の額	法定	円	摘 要	資格	取得	平成 年 月 日
		直接 支払	円		喪失	平成 年 月 日	
			配偶者認定日		平成 年 月 日		
分娩の日	平成 年 月 日		備考				