

健康保険 **出産育児一時金等** **内払金支払依頼書**
家族出産育児一時金等

(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 - 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・コーラボトラーズ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・コーラボトラーズ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				