【見　本】

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和　○　年　○　月　○　日

被保険者証	記号	20	番号	1234	事業所名	(株)○○○○

住　所	〒　○○○　－　○○○○ 兵庫県尼崎市潮江○○○ー○○ TEL　06　－　6789　－　1234				
被保険者 氏　名	フリガナ ツバキ　タロウ 椿　太郎	生年月日	昭 (平)　○○　年　○　月　○　日		
出産した日	令和　○○　年　○○　月　○○　日	生産児数	死産児数	死産時妊娠期間	
		○　人	○　人	○○　週	

※ 必ず医療機関等から交付された出産費用領収・出産費用明細書を添付してください（写し可）

また、死産の場合は妊娠期間が証明できる母子手帳または埋葬許可書等を添付願います。

【2024．12改定】