

給付金支給決定決議書	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者	支給額			万	千	百	十	円
	資格取得	年 月 日			分娩月日	令和 年 月 日							
	資格喪失	年 月 日											
	標準報酬月額	年 月 日	千円										
被扶養者確認	有	無											

被保険者 家族 出産育児一時金等内払金支払申請書

① 被保険者証の記号番号	—	② 事業所の名称	
③ 出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠ヵ月)
④ 出生児の氏名		続柄	出生人数 単胎・多胎
⑤ 出産した医療機関等	名称		
	所在地	〒 —	
⑥ 家族が出産した場合はその者の	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑦ ⑥の家族が退職後6ヶ月以内の出産であるときはその者の	前職の事業所名		連絡先 — —
	被保険者証の記号・番号		保険者名
⑧ 上記のとおり申請します。 郵便番号 —			
令和 年 月 日 住所 被保険者(請求者) 氏名 宮城県自動車販売健康保険組合 殿 TEL — —			
委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します 住所		
	⑨ 委任された者(個人名)の	氏名	
	⑩ 委任する者(請求者)の	氏名	
⑪ <input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。⑫の記載は不要です。			
⑫ 払渡希望の銀行名	・請求者と預金者が違う場合は、委任状欄をご記入下さい。		受付印
銀行名	銀行 本・支店		
口座の種類	普通預金・当座預金・貯蓄預金		
口座の記号番号			
預金者の氏名	フリガナ		

※出産医療機関等から発行された、費用の内訳を記した出産費用明細書及び合意文書写しを必ず添付して下さい。
 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児氏名及び続柄の記載は不要です。