

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書

1

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号 被保険者等 記号・番号 (左づめ)	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 150px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px;"></table>	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px;"></table>		
	氏名  (フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所  (〒 — )		都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先) TEL	( )		<input type="checkbox"/> 令和			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 登録している受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )					<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="width: 150px; height: 30px;"></table>			
	口座名義 (カタカナ)	<p>▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 600px; height: 30px;"></table>					

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印