健康保険

被保険者

家 族

出産育児一時金(内払金)請求書

【直接支払制度利用者差額分】

						請求日	令和			年		月		日	
	(1)		記号		(2)	被保険									
	(T)	被保険者等	番号			者氏名									
被	3	事業所名称			<u> </u>										
保		被扶養家族が	氏名								(5)	⑤ 続柄			
険	4	出産の場合	生年月日	昭和・平成		年		月		日	(3)	彻彻			
者	6	出産年月日	令和	年	月	日	7	出生	<u>:</u> 児	人	8	死産児	₹	人	
本	(9)	出産した医 療機関	名 称						出生児	出生児の被保険者		続柄			
人	(y)		所在地						(本人)に対する		11)	扶養	ある	る・ない	
		委任状	LIXIL健康保険組合 理事長 殿												
記			上記により支給される金額の受領を、事業主から健保組合に届出のある受領代理人に												
入	12)		委任いた	します。											
欄	12		ĺ			令	和			年		月		日	
			被保険者	住所											
				氏名											
				銀行	_	店		口座番	长 号						
退職	後請			金庫		支店	-	コ生 預金種			李 语	▋・ ≟	 以		
求の	場合			豊協				フリガナ			日心	1 =	1 <u>1</u>		
の振	込先			辰 励		出張所		フリカ コ座名		2					
						,	1 -	コルイ	7 我.						

【添付書類】

- 1. 「合意文書」のコピー (医療機関から発行される代理契約に関する文書)
- 2. 「領収書・明細書」のコピー
- ※自署の場合は押印を省略できます。
- ※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

記入見本

健康保険



出産育児一時金(内払金)請求書

【直接支払制度利用者差額分】

						請求日	令和	00	年	00 月		00	日
	(1)	被保険者等	記号	131	(2)	被保険			健保	ポス			
被	<u> 1</u>)		番号	00000	;	者氏名			连杯	16 J			
	3	事業所名称	株式会社	LIXIL									
保	(4)	被扶養家族が 出産の場合	氏名							(5) 続柄			
険	4)		生年月日	昭和・平成		年	,	月	日	נ זרטעוי 🥥			
者	6	出産年月日	令和	00 年 00)月(00 日	7 1	出生児	0 人	8 死産児		0	人
へ 本	(9)	出産した医 療機関	名 称	○○産婦人科				出生児	の被保険者	10 続柄		長	女
人	9)		所在地	東京都江東区	大島〇	-0-0		(本人)(こ対する	① 扶養	ある	・な	(7)
\sim		委任状	LIXI	L健康保険組合	3 理事	長 殿			± == / (5 ±	<u> </u>	.		
記				ニ記 委任状欄は、給与振込のために必要で Eから健保 の場合は、押印を省略									
入	(12)		委任すの	で、必ずご記入	ください	۱ _°			10.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			Ů
欄	(12)					令	和	00	年 〇	○ 月 📗	00	C	日
			被保険者	住所 東京	京都〇(OON	町〇一	0-0		健	\		
				氏名 健 (呆 花子	,				一番			
				銀行		店	П	座番号					
退職後請				金庫		支店		 金種別		普通・当	<u></u> 本	<u> </u>	
求の	場合			農協		出張所		<u> </u>			/		
の振	込先	5		灰柳		ЩЖИЛ		・ 座名義					
							Н	烂石我					

【添付書類】

- 1. 「合意文書」のコピー (医療機関から発行される代理契約に関する文書)
- 2. 「領収書・明細書」のコピー
- ※自署の場合は押印を省略できます。
- ※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合

記入見本

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金(内払金)請求書

【直接支払制度利用者差額分】

						詴と	₹日 ′	令和	OC	年			3	00	H	
	① 被保険者等		記号 番号	131 ② 被保険 者氏名									太郎			
被保公	3	事業所名称	株式会社LIXIL													
	(4)	被扶養家族が 出産の場合	氏名	健保 花子									⑤ 続柄			
険	4)		生年月日	昭和・平成	00	年	0	O A] C	0	日	ורז				
者	6	出産年月日	令和	OO 年 C	O 月	00	日	7 1	出生児	0	人	8 死	産児	0	人	
(本	(9)	出産した医	名 称	○○産婦人和	4				出生児	見の被保	険者	10 続	柄	長	女	
人	<u> </u>	療機関	所在地	東京都江東区	区大島	\bigcirc	-0		(本人)	に対す	る	⑪ 扶	養 あ	る・た	いに	
\mathcal{L}	(12)	委任状	LIXI	L健康保険組	1合理	事長				~ =	(A7 ÷	5- 7	エキャ		,	
記			上記委任状欄は、給与振込のために必要で「日かり健保」の場合は:										を直接手書きで 押印を省略でき			
入			委任すの	で、必ずご記。	入くだる	さい。				<u> </u>						
欄	•••						令	和	00	年	0	〇 月	↓ C	0	日	
			被保険者	住所 東	京都	OOE	00	町〇一	0-0			(B	#			
				氏名 6	保 太	郎						E				
				 銀行			店		座番号							
退職				金庫		支店			 預金種別					<u> </u>		
求の			農協					フリガナ								
の振	心 尤						<u></u> Д,	口座名義								

【添付書類】

- 1. 「合意文書」のコピー (医療機関から発行される代理契約に関する文書)
- 2. 「領収書・明細書」のコピー
- ※自署の場合は押印を省略できます。
- ※消せるボールペン使用不可です。

健保組合受付

LIXIL健康保険組合