（別紙1）

◎医療機関からの請求額が５０万円（加算対象出産の場合）未満の場合申請してください。

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者証の記号番号	―	
被保険者の氏名		
被保険者の住所	〒	
被扶養者が出産した場合はその氏名		
出産年月日	令和　　年　　月　　日	
医療機関名	（電話）　　―　　―	
出産費用	円	
☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。		
支払金融機関の欄	金融機関名	銀行　本店 金庫　支店 農協
	預金種別	普通　・
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人（被保険者）	

※医療機関等から交付された費用の内訳を記した明細書等の写を添付してください

① 直接支払制度を利用していること。

② 産科医療保障制度に加入していること。

③ 出産費用等が確認できること。

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄