

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

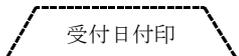
出産育児一時金等内払金支払依頼書

天理よろづ相談所健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者等 が記入する ところ	被保険者証の 記号・番号	—			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者の 氏名	(フリガナ)				事業所の名称	公益財団法人 天理よろづ相談所			
		印				事業所の所在地	奈良県天理市三島町200番地			
	被保険者の 住所	郵便 番号	—							
	被扶養者の出産 であるときは氏名					被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出生児の氏名					出生児の 生年月日	令和	年	月	日
振込希望銀行	銀行			支店		普通	口座番号			

健康 保険 組合 記入 欄	支給額	円	資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日
	支給 内訳	内払金	円	資格喪失年月日	令和	年	月 日
		付加金	円	支払年月日	令和	年	月 日
	医療機関等の領 収・明細書の金額	円					



受付日付印