

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 差額申請書

被保険者(申請者)記入用

健康保険証に記載の記号2桁の番号: 10

健康保険証に記載の番号4桁の番号: 1234

被保険者証の(右づめ)

氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ  
**健保 太郎**

住所 (〒 761 - 0185 ) 香川 都道 高松市新田町甲34

電話番号 (日中の連絡先) TEL 087 ( 839 ) 5757

昭和  
 平成  
 令和

0 8 0 7 0 1

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座

金融機関名称

預金種別  1. 普通 3. 別段  
2. 当座 4. 通知

口座番号

口座名義

口座名義の区分  1. 申請者  
2. 代理人

給与振込になりますので記入不要。  
ただし、任意継続者・退職後に申請される方は  
振込口座を記入してください。

左づめでご記入ください。

▼カタカナ(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。)

添付書類について

- ・直接支払制度に係る書類
- ・領収書の原本

連絡ください

を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日

住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

代理人 (口座名義人) 住所 (〒 - ) TEL ( )

氏名 (フリガナ)

他人に受取をお願いする方のみ記入

委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

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

記入不要

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

