

出産育児一時金 内払金支払依頼書
差額申請書

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				
												5:昭和 7:平成	年		月
	被保険者等 (依頼者) の氏名		(フリガナ)										事業所の名称		
			⑩										事業所の所在地		
被保険者等 (依頼者) の住所		郵便 番号										(フリガナ)			
												電話 ()			

委 任 欄	私は事業主である下記のことを代理人と定め、令和 年 月 日に														
	請求した給付金の受領方を委任します。														
	令和 年 月 日														
	事業所所在地														
名 称															
事業主氏名 ⑩															
請求者氏名 ⑩															

※退職等、特別な理由により個人の口座に振込を希望する場合は委任欄に金融機関名、支店名、口座番号を必ず記入して下さい。

受付日付印