

被保険者等 記号・番号		被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
被保険者 (申請者) 住所	〒			事業所 及び部署	電話 (内線)
被扶養者の 出産の場合 その者の氏名	フリガナ				

支払金融機関	銀行	本店	普通・当座	口座番号
	信用金庫	支店		
	名義人 (フリガナ)			

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

備考欄	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー (表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー (両面) のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	

- 添付書類 ① 医療機関等から交付を受けた『専用請求書の内容と相違ない旨を記載した領収・明細書』の写し
(産科医療補償制度対象分娩についてはスタンプが押されているもの)
② 医療機関等との「直接支払制度合意文書」の写し
(請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの)

記入上の注意 ※ この依頼書は、医療機関等が直接支払制度により請求した出産育児一時金等の代理受取額が50万円
(産科医療補償制度対象分娩でない場合は488,000円 (令和5年3月31日までは420,000円)) 未満であるときに、その差額を支払うものです。

年 月 日提出

受付日付印

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長 殿