

(別添様式1)

昭和電線健康保険組合理事長 御中

常務理事	事務長	担当

出産育児一時金等内払金支払依頼書

2019年8月30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		事業所の名称		昭和電線化学株式会社							
	0	5	—	1	1	2	0	5:昭和 7:平成	63年10月8日	事業所の所在地		川崎市川崎区小田栄2-1-1		
	被保険者等 (依頼者) の氏名		(フリガナ)		被扶養者 氏名		昭和 優子 続柄(妻)		出生児 氏名(名)		恵美			
	被保険者等 (依頼者) の住所		郵便 番号	2	1	0	—	0	8	4	7	(フリガナ)		川崎市川崎区浅田3-11-6 電話 044 (322) 3921

◎ 下記口座振込は、任意継続者及び被保険者資格喪失後の申請者のみ記入、被保険者は事業主経由にて支給するため無記入。

「※」印欄は記入しないで下さい。

支払 方法	支 払 金 融 機 関 の 欄	支 払 区 分	金 融 機 関 (ゆう ち 銀 を む)	金融機関コード		預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所
				※						
口 座 振 込				口座番号				口座名義		(フリガナ)