

支給額	円	支払年月日	令和 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

【直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の額より少ない場合】にその差額をご申請いただくことができます。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書 家族 差額申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	マイナンバー			
	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	住所	(〒 -)		TEL	() -	

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	普通	口座番号	口座名義

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	家族の場合はその方の 氏名 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 出産年月日	令和 年 月 日	1. 生産 -----> 出生人数 _____ 人 2. 死産 -----> 死産人数 _____ 人 3. 生産・死産混在 ----> 妊娠経過期間 満 _____ 週
	3 出産した医療機関等	名称	所在地
	4 出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 1. はい ●家族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	「はい」の場合 ●被保険者⇒現在加入している保険者 保険者名 ●家族⇒当組合加入前に加入していた保険者 記号・番号

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。		
	請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。		
	事業所所在地	令和 年 月 日	
	事業所名称		
	事業主氏名		

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名(自署)	※任意継続被保険者は記入しないでください。

添付書類

- ① 医療機関等から交付される合意文書(写し)
 - ・直接支払制度を利用する旨および申請先となる当組合の名称が記載されているもの
- ② 出産費用の領収・明細書(写し)
 - ・出産日、出産児数、出産費用の内訳、医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの
 - ・産科医療補償制度対象の出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されているもの
- ③ [死産で、領収・明細書に「死産年月日」および「妊娠経過期間」が記載されていない場合] 死産証書(死胎検案書)等(写し)

受付日付印