

支払 決議書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
	支払額	円				

直接支払制度利用

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 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 氏名	フリガナ	③ 生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
	④ 申請者の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください。			⑤ 電話番号
	⑥ 事業所の名称				⑧ 被扶養者の出産 はその者の氏名 および生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日			
	⑨-1 生産児数	人	⑨-2 死産児数	人	／ 妊娠経過期間 満 週

※ ⑩・⑪はどちらか一方に記入してください(任意継続および資格喪失後の申請の方→⑩、在職中の方→⑪)

⑩ 支 払 金 機 関	☐ 銀行 ☐ 信組 ☐ 支店 ☐ 金庫 ☐ 農協 ☐ 出張所			備考欄 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
	金融機関コード〔 〕 店番号〔 〕			
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	☐ 普通		口座名義	
	☐ 当座			

委 任 状	⑪ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	住所 被保険者 (申請者) 氏名	
	受 取 代 理 人	住所 〒 - TEL
		フリガナ 氏名

事業所担当者印

受付日付印

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には訂正者の印を押してください。

【記入上の注意】

- ・ 選択項目については、□に✓を入れてください。
- ・ ①記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
- ・ 給付金の振込先について
〔在職中の申請の場合〕
⑪委任状の被保険者(申請者)の欄に記入してください。事業主の選定した受取代理人へ給付金を振り込みます。
⑩への記入は不要です。
〔任意継続被保険者の方もしくは資格喪失後の申請の場合〕
⑩に指定口座の情報を記入してください。
申請者の名義ではない口座への振り込みを希望する場合、⑪委任状への記入が必要です。

添付書類

- 医療機関等との合意文書(写し)
… 直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当健保組合である旨を記載したもの
- 医療機関等から交付を受けた「出産日・出産児数・代理受取額」が記載された領収書または明細書(写し)
… 産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたもの