

健保使用欄			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

被保険者
家 族

出産育児一時金差額(内払)支払依頼書

被保険者(申請者)記入欄	① 被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	② 事業所名 (会社名)	
	③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑤ 分娩年月日	令和 年 月 日		⑥ 生産児数	⑦ 死産児数
				人	人
				⑧ 死産の時はその 妊娠経過期間 週	
	⑨ 分娩した場所	医療施設等 の名称			
		医療施設等 の住所	(〒 -)		
	⑩ 家族(被扶養者) の分娩の場合	A 家族 氏名		B 家族 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
		C 扶養認定日	昭和 平成 令和 年 月 日	← マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書等で 家族(被扶養者)の資格情報を確認し、ご記入ください	
	⑪ 出生児が被扶養者 かどうか	A 被扶養者で	ある ・ ない		B 出生児が 被扶養者でない ときはその理由
	⑫ 他制度から出産育児 一時金の給付を 受けているかどうか	受けている ・ 受けていない			
	⑬ 備考	※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。			
	⑭ 被保険者 (申請者)の 住所 氏名 TEL	(〒 -) 令和 年 月 日			
		都道 府県 () ※日中の連絡先をご記入ください			
	⑮ 振込希望の 金融機関名	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。			
● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。					
銀行・金庫・信組			店・本店 支店・出張所		
	普通 口座番号 (右づめ)	()		口座名義(カタカナ)	

資格喪失後6ヶ月以内の出産、または扶養認定6ヶ月以内の出産による請求の方は下欄を記入してください。

被保険者(申請者)記入欄	⑯ 出産した方が ●被保険者の場合 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族(被扶養者)の場合 ⇒ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	はい ・ いいえ		
	⑰ 「はい」の場合、『保険者名』、『被保険者氏名』、『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者の場合 ⇒ 現在加入している保険者について ●家族(被扶養者)の場合 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について	A 保険者名 ※ [健康保険組合名]		
		B 被保険者氏名 [世帯主名(国保)]		
		C 被保険者等 記号・番号	記号	番号
※ 加入健康保険が全国健康保険協会(協会けんぽ)の場合は各都道府県支部名 加入健康保険が国民健康保険の場合は市町村役場名				

【添付書類】

○ 医療機関等から交付される合意文書の写し

○ 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し(※注)

(※注) 直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理の下で出産した場合は、当該出産であることを証明するスタンプが押印または印字されているもの