健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

この申請には添付書類が必要となります。添付書類につきましては記入例をご確認ください。

被保険者情報	被保険者	記号	
	氏 名	(フリガナ) 生年月日 昭・平・令 年 月 日	
TIA	n ==	都・道 府・県	
	住 所	電話番号(ロ中の連絡先)	
	事業所名称	提出委任 □ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✔)	
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他() 預金種別 普通・当座・その他() 支店・本店・出張所 その他()	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人	
委任状	口座名義が代理	被保険者 本申請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 (申請者) 氏名	
	人の場合にご記入ください。	代理人 (口座名義人) 氏名 被保険者との関係()	
Ξ	出産した方		
申請	(どちらかに✔)	□ 被保険者 □ 家族(被扶養者) 出生児の氏名 □ □ 世界の氏名 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
内	家族の場合は その方の	氏名 生年月日 昭·平·令 年 月 日 続柄()	
容	出産した年月日	平・令 年 月 日 生産児数 人 死産児数 人 (妊娠経過期間) か月 週	
	出産した 医療機関等	名称	
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 勤務先 退職した場合はその年月日 保険などに加入していた(いる)場合 保険者 記号番号	
	▶ 医師·助産的		
証明欄	出産年月日	平·令 年 月 日 生産児数 単胎・多胎(児) 生産又は 死産の別 生産・死産(妊娠 か月 週)	
	上記のとおり相談 令和 年	量ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 月 日 医師・助産師の氏名	
	▶市区町村長	による証明の場合(生産のみ)	
	本籍	筆頭者	
	母の氏名	出生児氏名 出生 平· 令 年 月 日	
	上記のとおり相違 令和 年	車ないことを証明する。 月日 市区町村長	
送付先	2.	支払通知書は (〒 -) ・事業所に ・自宅に ・ 送付してほしい 住所 ・ その他に その他の 住所	
	提出代行者名記載欄		