

出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

機缶 健康保険組合 | 業務課 03-3685-7931

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	
被保険者情報	① 被保険者証	記号 987 番号 654321	
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ ③ 健保 花子	生年月日 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所	〒 110-0000 東京 ④ 都 府 県 墨田区 〇〇 X-X	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	事業所名称	(株)〇〇〇〇	提出委任 <input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇 (銀行) 金庫・信託 郵便・その他 ()	預金種別 (普通・当座・その他 ())
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△ (支店) 本店・出張所 その他 ()	口座番号 1234567 口座名義区分 (被保険者) 申請者・代理人
委任状 ④	被保険者 (申請者)	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	
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()	
申請内容	⑤ 出産した方 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名 健保 一郎
	家族の場合はその方の	氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ()	
	出産した年月日	平・令 〇年 1 月 15 日	生産児数 1 人 死産児数 人 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	⑥ 出産した医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院 所在地 東京都△△区〇〇 X-X-X	
証明欄	⑦ 医師・助産師による証明の場合	出生児の氏名	出生年月日 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
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の所在地・名称 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 氏名 出生年月日 平・令 年 月 日 母の氏名 出生児氏名 出生年月日 令和 年 月 日 市区町村長 (印)		
⑧ 送付先	この給付金の支払依頼書は 1. 事業所に 2. 自署に 3. その他に		(〒 -) 受付日付印
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄		

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- ① 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- ③ 押印は不要です。
- ④ 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- ⑤ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- ⑥ 出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合は、それぞれご記入ください。
- ⑦ 医師・助産師の証明又は市区町村長の証明を受けてください。(市区町村長の証明は「生産」のみとなります。)
- ⑧ 支払通知書の送付先を指定してください。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

添付書類 (次の①と②の書類が必要となります。)

- ① 出産費用の領収・明細書の写し
出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し
- ② 医療機関等から交付される合意文書の写し
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る旨及び申請先となる当健保組合

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。