

どちらかに○をつけてください

差額支給分

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金内払金（差額）支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	被 保 険 者 氏 名	家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した被扶養者の氏名等		
	記号 ー 番号	フリガナ	氏 名	旧 姓	生 年 月 日
		被保険者の氏名をご記入ください	被扶養者の氏名をご記入ください	〇〇	昭・平・令 年 月 日
	被保険者の現住所 電 話 番 号	被保険者の住所と連絡先をご記入ください			記号番号かマイナンバー(個人番号)の どちらかをご記入ください ※マイナンバー(個人番号)を記載し、事業所 を介さずに当組合へ直接申請される場合 は、マイナンバー(個人番号)確認および本 人確認を行うための添付書類が必要です
	事業所の名称	勤務先の名称をご記入ください			
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
出生児の氏名	フリガナ	出 産 年 月	どちらかに○をつけてください		
	出生児の氏名をご記入ください (死産の場合は記入不要です)	〇〇 年 〇〇月 〇〇 日	出生児数 ( 1 児)	生産・死産	

※被保険者名義のもの（受領委任する場合は代理人名義のもの）を記入してください。

出産育児一時金を受け取る金融機関			
銀行・金庫	(支)店 出張所 営業部 (数字3桁)を記入)	普通・当座	
被保険者名義の振込口座をご記入ください			
口座番号		口座名義	

※出産育児一時金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	代理人の現住所・電話番号	被保険者との関係
	被保険者氏名(自署)	〒 -	
	代理人氏名	TEL ( )	
			受付年月日

《添付書類》

- (1) 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書(控)のコピー
- (2) 出産費用の領収・明細書のコピー(産科医療補償制度に加入する医療機関等でお産した場合は、制度を証明する文言が印字等により明記されているか必ずご確認ください)

※下記の留意事項を参考にご記入ください

《被保険者が記入する欄》

- (1) 記入もれのないようご注意ください
- (2) 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください

《受取代理人の欄》

- (1) この出産育児一時金内払金の受け取りを代理人に委任する場合は記入もれのないようご注意ください。

《出産育児一時金支給額について》

- (1) 出産育児一時金が42万円となる場合
  - 産科医療補償制度に加入の分娩機関において、在胎週数22週に達した日以降の出産(胎児数に応じて支給…双子の場合は84万円)
  - 領収書または請求書に産科医療補償制度に加入していることを証明する文言が印字等により明記されているか必ずご確認ください
- (2) 出産育児一時金が40万8千円となる場合
  - 産科医療補償制度未加入分娩機関での出産
  - 産科医療補償制度に加入の分娩機関であっても在胎週数22週未満での出産(死産・流産・人工妊娠中絶を含む)