

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
 家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号			事業所の 名 称				
	出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） 氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月 日	
	出産した年月日	平成・令和		年	月	日	出生児 氏 名	
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合	生産の 出生時数	人	死産の 出生児数	人	死産の場 合の妊娠 経過期間	満 週
	出産した医療機関	医療機関名称			所在地			
出 産 し た 方 に つ い て	○被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 ○家 族⇒当組合に扶養認定後6か月以内の出産ですか。			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（↓下記の項目にご回答ください。）				
	「はい」と 回答された 方のみ記入	○被保険者 ⇒現在加入している保険者		資格期間	記号・番号	保険者名		
		○家 族 ⇒当組合の前に加入していた保険者		平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日				
同一の出産について、上記保険者より 出 産 育 児 一 時 金 を			<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない					
(フリガナ) 払渡し希望 銀行の口座	銀行 信用金庫	預 金 の 種 類	普 通 当 座 貯 蓄	店番	口座名義人氏名			
	本 店 支 店			口座 番号	フリガナ	氏名		

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 (〒 -) TEL () 住所 フリガナ 氏名・印				印

上記のとおり申請します。
 令和 年 月 日

被保険者（申請者） 〒 -
 住所.....
 氏名.....印.....
 TEL.....(.....)

本申請には添付書類をご用意ください。

- 差額申請書として提出される場合
 添付していただく書類はありません。
 - 内払金支払依頼書として提出される場合
 - ① **医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー**
 領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されています。
 - ② **医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー**
 代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されます。
- ※生産の場合で、上記①に「出産年月日」および「出生児数」が記載されていない場合、もしくは、死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されていない場合は、『出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本・住民票など)』もしくは『死産が確認できる書類(死産証書(死胎検案書)など)』が必要となる場合があります。