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(申請者)情報	被保険者証の記号・番号			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名				
	住所	(〒 ー) TEL ( )			

申請内容	出産した方	□被保険者 □家族(被扶養者) 氏 名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	出産した年月日	令和 年 月 日						
	生産・死産の別	□生産 □死産 □生産・死産混合	生産の場合 出生人数	人	死産の場合 死産児数	人	死産の場合の妊娠経過期間	満 週
	出産した医療機関等	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。		□ いいえ □ 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 ○家 族 ⇒ 当組合の前に加入していた保険者	保険者名	記号・番号
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を	□ 受けた／受ける予定 □ 受けない	

振込先指定口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	口座番号(左づめでご記入ください)	口座名義 (カタカナ)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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 氏名
	代理人(口座名義人)	(〒 ー) TEL ( ) 住所 フリガナ 氏名

・**被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。** (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
被保険者のマイナンバー記載欄 □□□□□□□□□□□□

■本申請には添付書類をご用意ください。

●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。

●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。

愛知県医療健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目 30 番 60 号 電話 052-269-3203 【R5.6】