

健康保険 出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書 記入例

医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額（出産に要した費用が出産育児一時金の支給額未満）が生じた場合は、申請を行ってください。

■必要書類

①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および申請先となる当組合名が記載されているもの

②医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し

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）されているもの

1ページ

①

被保険者の情報を正確に記入してください。

※家族が出産した場合でも、被保険者の氏名等の情報を記入してください。

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、住所を記入してください。（振込口座も同様です。）

②

死産の場合は、死産児数と妊娠からの週数を記入してください。

③

振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種別・口座番号をご記入ください。

※

被保険者以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

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

被保険者証の記号・番号	123	3210	事業所の名称	医療法人 ○○会
出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） 氏名 健保 花子		生年月日	昭和 平成 令和 5年 12月 30日
出産した年月日	令和 3年 6月 15日		②	
生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合	生産の場合 出生人数	1人	死産の場合 死産児数 死産の場合の妊娠経過期間
出産した医療機関	医療機関名称 ○○○○総合病院		所在地 愛知県名古屋市中区○○町1-1	
出産した方について	<input type="checkbox"/> 被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 家族⇒当組合に扶養認定後6か月以内の出産ですか。		<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 被保険者⇒現在加入している保険者 <input type="checkbox"/> 家族⇒当組合の前に加入していた保険者	資格期間	記号・番号 保険者名
	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	
③ (フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	○○○○ 銀行 ○○○○ 信用金庫 ○○○○ 本支店 ○○○○ 支店	預金の種類 普通 当座 貯蓄	店番	○○○ フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保 花子
受取代理人の欄	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 被保険者 氏名 (〒 -) TEL () 代理人 (口座名義人) 住所 〒フリガナ 氏名			

上記のとおり申請します。
令和 3年 6月 25日

①	被保険者（申請者） 〒○○○-○○○○ 住所 名古屋市○○区○○町1-1 ΔΔマンション101 氏名 健保 花子 TEL ○○○ (○○○) ○○○○
---	--

・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、本人確認の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。

■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（戸籍簿(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（死胎検査書）など）』が必要となる場合があります。

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 【R5.1.1】

■添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合

被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

