

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください												
	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日							
	住所	(〒 -)			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。 ☐ はい」と回答された方のみ記入			☐ いいえ ☐ はい(↓下記の項目にご回答ください。) 保険者名 記号・番号 ☐ 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。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。									
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)				口座名義 (カタカナ)		
			1.普通 2.当座							

■本申請には添付書類をご用意ください。

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。

注) 医療機関等への直接支払制度を利用された場合、医療機関等へ代理受取額を支払した際には、その旨を「支給決定通知書」にてお知らせいたします。その際、出産費用が出産育児一時金の額を下回っている場合は、差額を請求していただくように「差額申請書」を同封させていただきます。その申請書で申請される場合は、添付していただく書類はありません。「差額申請書」が届く前に早期に差額分の受取りを希望される場合は本申請書で申請してください。