

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 が 記 入 す る と こ ろ	① 健康保険の記号・番号	記号 番号	②被保険者(申請者)の氏名及び生年月日		(フリガナ)	S・H	年	月	日	方
	③ 被保険者(申請者)の現住所	〒								
	④ 事業所の名称	TEL - -								
	⑤ 家族が出産したときはその者の氏名及び生年月日	氏名	生年月日	S・H	年	月	日			
委 任 状	⑥この申請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。									
	被保険者(申請者)の氏名及び印 (印) 代理人の 住 社 所 氏 名 氏 名 (印)									
⑦ 振 込 口 座	(フリガナ)	銀行	銀行コード	預金種目	・普通・当座・その他()					
				口座番号						
	(フリガナ)	支店	支店コード	名 義	(フリガナ)					
⑧備考			(健康保険の記号番号がわからない場合はここにマイナンバーを記入)							

※記入上の注意

- 訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- 同一の分娩で「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の給付を重複して受けることはできません。
- ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、⑥欄の「被保険者(申請者)」と「代理人」の印は、それぞれ別の印を使用してください。
- 健康保険の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、⑧欄へ記載してください。

※この依頼書に添えなければならない書類

- 出産育児一時金直接支払制度を利用する旨合意した文書の写し
- 分娩費内訳明細書(領収書)の写し (「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、産科医療補償制度加入機関証明スタンプの押印が必要)

[受付印]