

# 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		被保険者等 (請求者)の 氏名	(フリガナ)		印
記号	番号				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
被扶養者が 出産したとき はその方の 氏名	(フリガナ)		被保険者等 (請求者)の 住所	(フリガナ)	
				TEL ( )	
出産日	平成 年 月 日	事業所名			

◇ 確認事項	保険者名	TEL	記号・番号	勤務先名称	被保険者氏名 (世帯主氏名)	被保険者との 続柄
<b>被保険者</b>	資格喪失後の出産 の場合は現在加入の 保険証の種類	全国健康保険協会( 支部 ( )健康保険組合 ( )その他			/	/
<b>被扶養者</b>	加入後6ヶ月以内の 出産の場合は以前の 保険証の種類	全国健康保険協会( 支部 ( )健康保険組合 ( )その他				

受取金融機関の欄	銀行コード 銀行名	
	店番号 支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

委任状	上記請求金額の受領を <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> に委任します。  平成 年 月 日  被保険者氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です) ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

平成 年 月 日 提出

受付日付印

## 【添付書類】

- 医療機関等から交付された『領収・明細書の写し』  
※ 産科医療補償制度対象の出産の場合は、指定のスタンプが押印されているもの。
- 医療機関等と交わした『直接支払制度合意文書の写し』