

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) ブヒン タロウ	
〇〇〇 〇〇〇〇	部品 太郎	昭和 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日生	
被扶養者が出産したときはその方の氏名	(フリガナ) ブヒン ハナコ 部品 花子	被保険者等(請求者)の住所 (フリガナ) 〇〇〇〇〇〇 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 TEL 〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	
出産日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	事業所名	株式会社 自動車部品

◇ 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
被保険者 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					
被扶養者 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	〇〇〇〇	〇〇銀行
	店番号 支店名	〇〇〇	〇〇支店
	種類	普通	当座
	口座番号	1234567	
	フリガナ	ブヒン タロウ	
	口座名義	部品 太郎	

委任状	上記請求金額の受領を に委任します。
	平成 年 月 日
	被保険者氏名

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』