

支給決定 出賃	支給資格関係	S・H・R	年	月	直接払い制度を利用したとき、 出産費用が50万円に満たない場合、 差額を健保に請求することができます。 この用紙に記入の上、用紙下部に記載の 添付書類とあわせてご提出ください。	月 日 決定
	一時金請求					

記入例

赤字部分をご記入下さい

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等内払金等(差額)支払依頼書

被保険者等 記号・番号	11	—	2000	事業所の 名称	石原産業(株) 大阪本社										
出産日	R	○	年	6	月	5	日	出生児の 氏名	健保 小花						
被扶養者の出産に 関するときは その者の氏名及び 続柄と生年月日	氏名			続柄	本人	生年月日			S・H・R	2	年	10	月	15	日
上記によって請求します。 20XX 年 7 月 4 日 石原産業健康保険組合理事長 殿 被保険者 〒○○○-○○○ の住所 大阪市○○区○○1-4-1 被保険者 健保 花菜 氏名及び印															

氏名自筆の場合
捺印不要

健保印

※給付は事業主委任が基本となります(給与に合わせて支給)。公金口座受取を希望される方は「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。

【必要な添付書類】

- ① 医療機関等から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し
(出産育児一時金の限度額は産科医療保障制度加入機関での分娩は50万円、
その他の場合は48.8万円)
- ② 医療機関等と交わした『合意文書』の写し
(出産育児一時金の申請・受取にかかる代理契約を締結した書類の写し)
- ③ 被保険者の資格喪失後の出産による場合は、
出産日に加入している健康保険等の『被保険者証』、『資格情報のお知らせ』、『資格確認書』の写し

