健康保険 □出産育児一時金・□家族出産育児一時金等 内払金支払依頼書

＜被保険者(本人)の場合は出産育児一時金に、被扶養者(家族)の場合は家族出産育児一時金にレ印をつけてください＞

この依頼書は、出産育児一時金等の直接支払制度を利用された際、出産費用が出産育児一時金等の支給額を下回り、出産育児一時金等と出産費用の**差額を請求するための専用依頼書です**。

※この依頼書を提出する際は、次の書類(写し可)を必ず添付して下さい。

①直接支払いの「合意書」
②医療機関が発行する所定の「領収・明細書」

被保険者記入欄	記号・番号 ※枝番記入不要		病院・産院等の住所及び名称
	事業所名		住所： 名称： 電話：(　　)　　－
	被保険者(請求人)氏名		
	被保険者住所	〒　　－ 電話（　　）　　－	
	出産者	氏名 生年月日 □昭□平□令　年　月　日	支払方法：請求人が一般被保険者、任意継続被保険者*以外*の場合は、各人の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。 銀行名：　支店名： □普通□当座　口座番号 名義(ｶﾀｶﾅ)：
	出産種別	□ 単胎 □ 多胎(　人)	
	分娩年月日	令和　年　月　日	
	委任状	**※退職者・任継者は記載不要** この給付金の受領を事業主に委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名(自署)	

医師・助産師、市区町村長証明欄		(母子手帳の出生届出済証明頁の写し等、出産の事実と出産者の氏名が記載されている書類添付でも可)※医師・助産師の押印は不要	
分娩年月日	令和　年　月　日	左記のとおり相違ないことを証明する。	令和　年　月　日
妊娠期間等	ヵ月	医療機関等の所在地	
	週		
	生産　死産　流産	医師・助産師名(市区町村長名)	印
出生児の数	単胎　多胎(　児)		

※事業主経由で給与に合算して場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。

受付印

健康保険組合記入欄			
支給日	令和　年　月　日	(備考欄)	
伝票番号		支給決定額	¥

(R6.12改訂)