

健康保険 出産育児一時金支給申請書（直接支払制度：差額請求）

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

《添付書類：全て必須》

- ① 出産予定日、出産日、出産した医療機関が確認できる書類の写し
(母子手帳、出生届等の写し)
- ② 領収証：スタンプあり（写し可）
※産科医療補償制度証明スタンプの有無により支給額が異なります。
- ③ 出産育児一時金の医療機関直接支払制度について（写し可）



※本申請は、当健保組合から「出産育児一時金支給決定通知書」が発行された場合のみ該当します。
「出産育児一時金支給決定通知書」内の差分支給額が支給されます。

- 産科医療補償制度「加入」機関で分娩の場合：上限額 500,000円
- 産科医療補償制度「未加入」機関で分娩の場合：上限額 488,000円

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

申請日 令和 年 月 日

被保険者 (申請者)	記号と番号	記号	番号	生年月日
				昭・平・令 年 月
	フリガナ 氏名			
	住所	〒	TEL	— —
	会社名		所属名	

申請内容	① 出産した方	氏 名	続柄	生年月日
				令和 年 月 日
	② 出産した日	令和 年 月 日	出生児数 人	死産児数 人
	③ 出産した医療機関等	名称	産科医療補償制度 スタンプ	※どちらか選択 あり・なし

振込先指定口座	振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。			
	☐ ① 上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒ 下記振込先口座欄記載不要。			
	☐ ② 上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。 ※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。 ※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。			
	金融機関名称		銀行 信金 信組 農協 その他	
	支店名称		本店 支店 出張所 その他	支店コード
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)			

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- ① 本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
- ② 本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- ③ 領収証、出生届等の画像はワークフロー内指定箇所へ添付してください。
- ④ 他提出書類でワークフロー内に指定のない場合は、添付2以降に添付してください。

事業所
担当者