

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）

ブリマ健保 太郎（自署）

《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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者（申請者）	記号と番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇	生年月日 昭 ^平 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	フリガナ 氏名	ブリマケンボ タロウ ブリマ健保 太郎		
	住所	〒 XXX - XXXX TEL XX - XXXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇		
	会社名	〇〇株式会社	所属名	〇〇工場

申請内容	① 出産した方	氏名 ブリマ健保 花子	続柄 妻	生年月日 平 ^成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	② 出産した日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	出生児数 1人	死産児数 0人
	③ 出産した医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院	産科医療補償制度 スタンプ	※どちらか選択 ☒ あり ☐ なし

領収証にスタンプがあるか確認してください。

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〕	
	支店名称	主に、退職者・遺族等の記入欄です。	
預金種別	〔普通〕〔当座〕	口座番号	
口座名義（カタカナ）			

在職者の方は、原則事業所経由での支払いとなりますので、①にチェックをしてください。

【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