

常務理事	総務課長	課長代理	給 付	支払決定額	円

被保険者
健康保険 **出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書**
家族

請求者が記入するところ	被保険者証 記 号 番 号	—	被 保 険 者 の 氏 名 と 印		印	
	被保険者 住 所	〒 — TEL ()				
	事業所の名称					
	被扶養者が出産のとき その氏名生年月日	(氏名)		(生年月日) 昭・平・令 ・ ・		
	分 娩 年 月 日	年 月 日	出生児数	人		
	死産のときは妊娠月数	妊娠	ヵ月	週		
	差 額 の 受 領 方 法	希望するところに ○を付けてください	1. 銀行振込 2. 健康保険組合の窓口払い			
		1に○を付けた方は 記入してください (被保険者名義に 限ります)	銀行または信用金庫名 _____ 支店名 _____ 口座番号 _____ 被保険者名義 _____			
2を希望されたとき (被保険者証及び この支払依頼書に 捺印した印鑑を持参 してください)		￥ _____ 左の金額を領収しました。 年 月 日 氏名 ㊞				

水産連合健康保険組合理事長 殿

※ 直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用が 50 万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等では 48 万 8 千円)未満の場合は、出産育児一時金の差額請求をすることができます。尚、支払日は後日ご連絡します。

《添付書類》

- ◆ 出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ◆ 分娩費内訳明細書(領収書)の写し【産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要】