

被保険者

被扶養者

出産育児一時金

内払金支払依頼書

差額申請書

※出産費用が出産育児一時金支払額未満の場合の差額請求時

TOYO TIRE健康保険組合 理事長殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 証の記号	被保険者 証の番号	被保険者の生年月日			
			年	月	日	
	フリガナ	従業員番号		事業所名称		
	氏名					
	住所	〒		TEL - -		
	被扶養者が出産する ための請求であると きは、その者の	氏名		生年月日	続柄	
				年	月	
	分娩年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	
	分娩した医療機関	名称				
		所在地				
委任状	上記の通り請求いたします。また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。					
	TOYO TIRE健康保険組合 理事長殿		令和 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	住所	氏名			
資格喪失者は振込先を記入してください。						
振込指定 金融機関	銀行名	支店名	種目	口座番号	名義人	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		(フリガナ)	

1.この内払金依頼書は被保険者又は家族の分娩に関し、直接支払制度により、健保組合が直接医療機関に支払う出産育児一時金の限度額より下回った場合に、その差額を被保険者に支払うものです。

2.出産費用貸付制度を利用したものは、この対象となりません。

3.生産であったが間もなく死亡したときは、備考欄に「出生児は〇〇時間生存した後死亡」などと記入してください。

【必要添付書類】①医療機関との直接支払制度を利用した「合意文書」(写)

②医療機関が発行した費用の内訳を記した「領収書・明細書」(写)

健 保 記 入 欄	常 務 理 事 備 考	事 務 長	担 当 者	支 給 金 額
				円

受付日付印