

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	
	被保険者 氏名					
	住所	〒		TEL - -		
	被扶養者の分娩の場合 その氏名・生年月日・ 続柄	氏名		生年月日		続柄
			年	月	日	
	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 年 月 日 (申請者) 被保険者 氏名					
※資格喪失者は振込先金融機関を記入してください。						
金融機関名		支店名	普通預金口座番号	口座名義		
				(フリガナ)		
備考						

- 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。
- 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。
- 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		事 務 長	担 当 者	支給金額
					円

受付日付印