


健康保険 被保険者 出産育児一時金  
 家族 出産育児付加金

内払金支払依頼書  
 差額分請求書

【直接支払制度利用者用】



※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日
	3000	30	健保 太一  (★)	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58 年 9 月 10 日
② 被保険者の 現住所	〒 245-0001 神奈川県横浜市〇〇〇			日中連絡の取れる電話番号 000 ( 000 ) 0000
	個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)			④ 出産日 平成 28 年 3 月 7 日
⑤ 出生児の氏名	健保 太		⑥ 続柄 長男 (長男・長女等)	⑦ 出産児数 1 人
	出産した家族の氏名			生年月日
⑨ 家族が 出産した場合	健保 花代		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	60 年 12 月 1 日
				続柄

振込先金融機関の欄

\*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。  
 (被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	ゆうちょ		(店番号) 777	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。				
	銀行 金庫	七七七	本店 支店		被保険者(請求者) (住所)				
預金種別	普通 当座				被保険者(請求者) (住所)				
口座番号 (左づめでご記入ください)	1	2	3	4	5	6	7		(氏名)  (★)
口座の名義人 (カタカナでご記入ください)	ケンポ タイチ				被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他( )				
					代理人(口座の名義人) (住所)				(氏名)  (☆)

[添付書類]

- 1 出産費用の内訳(出産日・出産児数等明記のあるもの)を記した領収・明細書コピーを添付してください。
- 2 直接支払制度合意文書(代理契約に係る文書)の原本(本人控分)を添付してください。