

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書
 家族 出産育児付加金 差額分申請書

【直接支払制度利用者用】

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。
 A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

提出委任 本申請書の提出を事業主へ依頼します。
 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の 現住所	〒 -			
③ 個人番号 (マイナンバー)	(※①欄/記号番号記入の場合は、不要です) TEL ()			日中連絡の取れる電話番号
④ 出産日	令和 年 月 日	⑤ 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
⑥ 出産児数	人	⑦ 死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間) 月 週 日
⑧ 家族が 出産した場合	出産した家族の氏名		生年月日	続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
⑨ 振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は✓。利用しない場合下記の欄を記入。)			
	※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(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	銀行・金庫	(店番号) (店名) 本店 支店	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。 受取代理人の欄 被保険者(請求者) (住所) (氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)
	預金種別	普通・当座		
口座番号				
口座名義人	(カタカナでご記入ください)			

[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)の本人控分を添付してください。

[注意事項]

- ※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。
 ※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に被保険者のサイン(フルネーム)をご記入ください。