

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
 差額分申請書

【直接支払制度利用者用】

必ずご確認ください

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。

記入例

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 3000	番号 10 30 健保太一	氏名 健保 太一	生年月日 <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			
⑤ 出産日	令和 ○ 年 3 月 7 日	⑥ 生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
⑦ 出産児数	1 人	⑧ 死産児数	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 健保 花代		生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 12 月 1 日	続柄 妻
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 <input checked="" type="checkbox"/> 。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	(店番号)	(店名)	本店 支店	受取代理人の欄
口座名義人	(カタカナでご記入ください)			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。
				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)

訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサイン(フルネーム)をご記入ください

今回出産された見数をご記入ください

被保険者以外の口座を指定する場合は、こちらをご記入ください

[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(氏名)をご記入ください。