

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書 支給申請書

記号・番号は、右づめで記入してください。

どちらかに✓を付けてください。

枝番は不要です。

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右づめ)	6 6 6	6 6 6 6 6	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ) タイヘイ ヨウスケ 太平 洋介					
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××) 千葉 都道府県 市原市〇〇町×××					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇〇 (××) △△△△					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します							

申請 内容	1 出産した者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1-①は、被保険者が出産した場合は、記入不要です。								
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	太平 海	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 8	年	1 0	月	2 8	日	
	2 出産した年月日	令和	0 4	年	0 1	月	1 5	日				
	3 生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在									
	3-① 「生産」の場合出征人数	1	人	3-② 「死産」の場合死産児数		人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満		週		
	4 出生児の氏名	太平 あくあ										
5 出産した医療機関等	名称	後楽病院			所在地	東京都文京区後楽〇-〇-〇						
6 出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	退職後6ヶ月以内の出産ですか 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか	2	1. はい 2. いいえ	6が「1.はい」の場合は、必ず6-①および6-①-(1)を記入してください。							
6-① 「はい」の場合、『健保組合』と『記号・番号』をご記入ください	健保組合											
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	現在加入している健保組合について 当組合加入前に加入していた健保組合について	記号	番号									
6-①-(1) 6-①の健保組合より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/>	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない										

事業主が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた出産育児一時金(家族出産育児一時金)の受領は 貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。	令和	年	月	日	
	受任者 事業所 所在地	事業主証明				担当者名
	名称 氏名	電話 ()				

対象者:以下2点をすべて満たす方

- 直接支払制度を利用した方
- 「差額」が発生した方(出産費用が50万円未満)

備考:当組合から病院へ支払う金額は1児につき50万円までです
但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関で分娩される
場合は48.8万円となります

○添付書類

- 医療機関から交付される「直接支払制度合意書の写し」
- 退院時に精算した出産費用の「領収、明細書の写し」

健康保険の記号番号を記入した場合は不要です

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【健保使用欄】

支給・ 支払 決議書	同年月日	令和 年 月 日										
	支払額	百万	十万	万	千	百	十	円				
	法定(差額)											
	分娩年月日	年 月 日										
資格	得	年	月	日	備考							
喪	年	月	日									

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

No.