

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

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号	
	② 氏名 (フリガナ)		③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日
	④ 住所	〒 ー 都・道府・県	⑤ 電話番号 () ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事業所 名称		電話番号 ()
	所在地	⑦ 提出委任 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑧ 出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨ 出生児の氏名		
	⑩ 家族の場合はその方の氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	続柄 ()	
	⑪ 出産した年月日 令和 年 月 日	⑫ 生産児数 人	⑬ 死産児数 人	⑭ 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	⑮ 出産した医療機関等	名称	所在地	
	⑯ 他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合	▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。	
添付書類	○直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー ○「出産日」・「出生児数」・「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー (例: 出産費用明細書、分娩費用明細書等) ○「産科医療保障制度加入機関」のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)			

振込希望口座	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号
			口座名義区分	被保険者・代理人

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係 ()

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄