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	被保険者等記号・番号	記号　　番号	事業所名称	
	氏名	（フリガナ） （押印不要）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住所	〒　　－	電話番号（日中の連絡先）	（　　）
			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✓）

【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。

振込先	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（　　）
		支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号	
	口座名義（カタカナで記入）		口座名義区分	☐ 被保険者（申請者）　☐ 代理人
	公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。）		

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	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 氏名
		代理人（口座名義人）	住所
			氏名　　被保険者との関係（　　）

申請内容	出産した方（どちらかに✓）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）						
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日	続柄（　　）				
	出産した年月日	平・令　　年　　月　　日	生産児数　　人	死産児数　　人	死産のとき（妊娠経過期間）	か月　　週		
	出産した医療機関等	名称	所在地					
	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。					

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

全国信用保証協会 健康保険組合

（令6.11）