

健康保険 出産育児一時金等内払(差額)金 支払依頼書

の被 記保 入險 欄 者 (申 請者)	被保険者証の 記号番号	(記号) -	(番号)	事業所名			
	被保険者 (申請者)の	氏名	(フリガナ)	住所	〒	-	
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		氏名	生年月日	TEL	()	平成 昭和

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	平成	年	月	日	委任者との関係 ()
	住所			住所	
	被保険者 (申請者)	氏名	代理人	電話	()
	氏名	氏名			

受付年月日

注意事項

1. この用紙は、出産費用が42万円(産科医療補償制度未加入機関での出産の場合は39万円)未満で、差額を請求する場合にのみ使用してください。
他の保険者(制度)から出産育児一時金・家族出産育児一時金を受ける(受けた)場合は、内払(差額)金は請求できません。
2. 印鑑ははっきりと押してください。
3. 振込希望口座が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
4. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください(受取代理人の は、被保険者(申請者)の と別の印鑑で押印してください)。

添付書類

1. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し
2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し
産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています