

健康保険 出産育児一時金等内払(差額)金 支払依頼書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	①	被保険者等 記号・番号	(記号) (番号)										②事業所名											
		個人番号 (マイナンバー)														【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。								
	被保険者 (申請者)の	③氏名	(フリガナ)										④住所	〒 ( ) TEL ( )										
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		⑤氏名											⑥生年月日	昭和 平成	年	月	日						

振 込 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	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。		委任者との関係 ( )	
	令和 年 月 日		住所	
	住所	被保険者 (申請者)	代理人	電話 ( )
	氏名	氏名	氏名	

◎注意事項

1. この用紙は、出産費用が50万円(産科医療補償制度未加入機関での出産の場合は48.8万円)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. 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。
3. 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。

◎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。

受付年月日