出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

電子回路 健康保険組合｜業務課 03-5310-2030

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	❶ 被保険者証	記号 987 番号 654321	生年月日	(昭)・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 ❸ 印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。	
	❷ 住所	〒 110 − 0000 東京 (都)・道・府・県 墨田区○○ ×−×		
		□□マンションXXX号	電話番号（日中の連絡先）	090 （ 1234 ）○○○○
	事業所名称	(株)○○○○	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✓ ）

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	1234567
	口座名義（カタカナで記入）	ケンポ ハナコ	口座名義区分	(被保険者)・申請者）・代理人

委任状 ❹	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印 印
		代理人（口座名義人）	住所 氏名・印 印 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)	出生児の氏名	健保 一郎				
	❺ 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 1 月 15 日	生産児数	1 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 ○○産婦人科医院	所在地	東京都△△区○○ ×−×−×				
	❻ 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（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

❼

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 印

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）の印もれにご注意ください。
また、代理人（口座名義人）の印は、被保険者（申請者）の印とは別のものをご使用ください。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❻ 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る（いた）場合は、別途、**「健康保険等加入状況の申告」**を添付してください。

❼ ❶の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

添付書類（次の①から③のすべての書類が必要となります。）

① **出産費用の領収・明細書の写し**
出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し

② **医療機関等から交付される合意文書の写し**
直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び申請先となる当健保組合が記載されているもの

③ **出産日等を確認できるもの**
母子手帳の写しなど（ただし、上記①の書類にて確認できる場合は添付不要）

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。