

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書・差額申請書 家族 出産育児付加金

①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②被保険者の氏名 生年月日	昭・平 年 月 日生	③ ④
④被保険者の 住所	〒			Tel ()	⑤事業所の名称
⑥分娩年月日	平成 年 月 日	⑦出生児の数 単胎・多胎 (児)	⑧生産・死産の別 生産 ・ 死産 (妊娠第 週)	⑨出生児は分娩者にとり 第 子	
⑩家族の分娩で あるときは	氏名		生年月日 昭・平 年 月 日		
⑪出生児の	氏名		⑫出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ・ ない	
⑬分娩した場所	医療機関等の名称		医療機関等の所在地 〒 Tel ()		
⑭振込希望銀行	銀行 支店 (普通 ・ 当座) 口座番号				

⑮ 委 任 状	<p>私は _____ を代理人と定め、出産育児一時金（家族出産育児一時金）差額・ 出産育児付加金（家族出産育児付加金）のうち、金 _____ 円也の受領を委任する。 平成 年 月 日</p> <p>被保険者 住所.....</p> <p>氏名..... ④</p> <p style="text-align: right;">③と同一印</p> <p>受領代理人 住所.....</p> <p>氏名..... ④</p>
------------------	---

平成 年 月 日 提出

添付書類

1. 医療機関から交付を受けた『専用請求書の内容と相違ない旨を記載した領収・明細書』の写し（産科医療補償制度対象分娩についてはスタンプが押されているもの）
 2. 医療機関等との『直接支払制度合意文書』の写し（直接支払制度を利用する旨及び請求先の保険者が当健保である旨を記載したもの）
- ◎ この依頼書は、医療機関等が直接支払制度により請求した出産育児一時金等の代理受取額が42万円（産科医療補償制度対象分娩でない場合は40.4万円）未満であるときに、その差額と付加金の合計額を内払金として支払うものです。
 - ◎ 差額がない場合は、付加金のみとなります。（被保険者期間が1年以上ある方の資格喪失後6か月以内の出産については、付加金の支給はありません）
 - ◎ 海外での出産、出産費資金貸付制度を利用された方は、出産育児一時金の直接支払制度及びこの内払金支払の対象にはなりません。

記入上の注意

1. 標題の「被保険者」と「家族」は、いずれかをマルで囲んでください。
2. ①は、被保険者証に記載されています。
3. ③の印は、はっきりと押印してください。また、訂正する場合には同じ印を押して訂正してください。
4. 振込先について
 - (1) 振込先が被保険者の口座の場合は⑭のみご記入ください。
 - (2) 事業主が選定した保険給付金受領代理人口座への振込みを希望する場合には、⑮の委任状欄に被保険者・受領代理人の夫々に、記入・押印して下さい。