

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

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()

※ 受領について (どちらかに✓) 事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ) 個人口座への振込を希望 (振込先へ)

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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	

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
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 (印) ※委任払いの場合は押印をお願いします

申請内容	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名		
	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	保険者名称【 加入期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 】		

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。)

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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄