

出産育児一時金 内払金（付加金）支払依頼書/差額申請書 記入

セメント商工 健康保険組合 | 業務第二課 03-3409-7918

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	
1 被保険者情報	被保険者証 記号 1234 番号 5678 事業所名称 〇〇工業株式会社
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 生年月日 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 健保 太郎
	住所 〒 110 - 0000 東京 都 道 県 渋谷区〇〇 × - × 〇〇マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
※ 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)	
3 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
4 委任状	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 健保 太郎 (印) 健保
	代理人 (口座名義人) 住所 東京都港区〇〇 × - × 氏名 〇〇工業株式会社 山田 一郎 (印) 山田 ※委任払いの場合は押印をお願いします
5 申請	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
	家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄 (妻)
	出産した年月日 平・令 〇〇 年 1 月 15 日 生産児数 1 人 死産のとき (妊娠経過期間) 人 月 週
6	出産した医療機関等 名称 〇〇産婦人科医院 所在地 東京都△△区〇〇×-×-×
	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【 年 月 日 ~ 年 月 日】 加入期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 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。
- 2 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。）
- 3 個人口座への振込を希望する場合にご記入ください。
被保険者が亡くなられて、当該被保険者の扶養でなかった場合は、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要です。
- 4 事業所への委任払いを希望する場合にご記入ください。
被保険者（申請者）欄に氏名の記入、押印が必要です。
代理人欄は事業所が指定されている、受領責任者の署名、押印が必要です。
- 5 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。
- 6 出産日の前後6か月以内に他の健康保険に加入していた（いる）場合は、保険者名称、加入期間をご記入ください。
- 7 ①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。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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）

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。）

7

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

セメント商工 健康保険組合

(令3.4)

受付日付印