

健保組合 使用欄	支給決議				支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.		
	常務理事	事務長		担当者	支 払 内 訳	内払金	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日
						付加金	円	喪失	令和 年 月 日
							支給額		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金・付加金支払依頼書

(直接支払制度利用専用)

※書類経路：被保険者(請求者)↓健保組合

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号				生 年 月 日				被 保 険 者 (申請者) の氏名と印		(フリガナ)	
	-				昭和・平成	年	月	日			印	
保 険 者 が 記 入 す る こ の 欄	被保険者(申請者)の住所				Tel () -				事業所名称			
	(フリガナ)											
入 入 入	被扶養者が出産したための申請であるときはその者の氏名				被扶養者氏名				被扶養者日		昭和平成令和 年 月 日	
	出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄				出生児の生年月日		令和 年 月 日	
この下の欄は、健康保険に加入していた家族が、退職後6ヶ月以内に出産された場合のみ、該当欄に記入してください。												
出産した方が被扶養者になる以前に勤務していた事業所の名称				所在地				勤務期間		勤務当時の旧姓		※健保組合使用欄 健保組合 担当 様 不支給確認済 令和 年 月 日 担当者印
振込希望口座				預金種別				金融機関名(ゆうちょ銀行を含む)		(フリガナ)		銀行 (フリガナ) 本店 金庫 支店 農協 出張所
口座番号				口座名義				(フリガナ)				
受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。 マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。												
受取代理人の氏名				住所				被保険者(請求者)氏名		印		
(フリガナ)												
代理人の住所				Tel () -				(フリガナ)		令和 年 月 日 提出		受付日付印

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

【添付書類】

- ・直接支払制度を利用していることが確認できるものの写し(医療機関等発行の明細書等)

【注意】

- ※ 直接支払制度(出産育児一時金が健保組合から医療機関等へ直接支払われる仕組み)を利用する場合は、この用紙を必ず健保組合へ提出してください。
- ※ この用紙は、直接支払制度を利用する場合の専用用紙です。直接支払制度を希望されない場合は、「出産育児一時金・付加金支給申請書」にて申請してください。