


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 喪失
									昭・平・令 年 月 日
					付加金	円	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 が 記 入 す る こ の 欄	被保険者証の記号・番号				生 年 月 日				被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 氏 名		(フリガナ)			
	1	1	-		昭 和 平 成	年	月	日						
保 険 者 の 住 所	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) の 住 所				Tel ( ) -									
	被扶養者が出産したための 申請であるときはその者の				被 扶 養 者 氏 名				被 扶 養 者 生 年 月 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。												※健保組合使用欄		
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		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所		
				Tel ( ) -		平成・令和 年 月 ~ 令和 年 月		勤務当時 の旧姓		令和 年 月 日		担当者印		
振 込 希 望 口 座	預金 種別	普通 ・ 当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)											
	口座番号				口座名義		(カタカナで記入)							
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日													
					被保険者 (請求者)				住所 氏名					
	代理人 の氏名		(フリガナ)											
代理人 の住所		(フリガナ)												
				Tel ( ) -				令和 年 月 日 提出						
														

◎ 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】

#### ・医療機関発行の明細書コピー

※出産費用の合計額と産科医療補償制度の項目の記載があるもの。

※直接支払制度を利用していることが確認できること。

### 【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。

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の氏名の記載は不要です。

(2023.3.1)