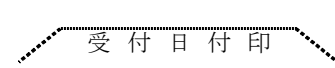


健保組合 使用欄	支給決議				支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.	
	常務理事	事務長		担当者	支払内訳	内払金	資格取得 喪失	昭・平・令 年 月 日
						付加金	支給額	令和 年 月 日

記入例 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) ケンポ タロウ	
	1 1 0 1 - 1 2 3 4	昭和 平成	年	月		日	健保 太郎
保 険 者 の 住 所	〒 466 - 8686		Tel (0 566) 82 - 9851		愛知県安城市里町1-1 自宅住所を記入		
	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		健保 花子		被扶養者 生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日 5 5 0 5 3 0
出 生 児 の 氏 名	健保 一郎		被保険者と 出生児の続柄		長男		出生児の 生 年 月 日
					令和	0 1 0 5 1 0	
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			健保組合 担当 様 不支給確認済		令和 年 月 日
		所在地	Tel () -		担当者印		
		勤務期間	平成・令和 年 月～令和 年 月		勤務当時の旧姓		
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)		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6		口座名義	ケンポ タロウ		
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 5 年 3 月 1 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】

・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。

左記の添付書類を確認し健保組合へ提出してください。