直接支払制度利用者用

記入例

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

被保険者（申請者）が記入するところ	①被保険者（であった方）の記号・番号		②被保険者（申請者）の氏名				
	100 ー 1		健保　一郎				
	③ 被保険者（申請者）の住所・電話番号	〒 451-0000 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1　△△マンション*** 電話 052-551-1236					
	④ 事業所の名称	トーテックアメニティ株式会社					
	⑤ 出産年月日	令和2年6月1日	⑥ 生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）①			
	⑦ 家族(被扶養者)が出産したための請求である時は、その者の	氏名	健保花子	生年月日	平成2年2月6日	続柄	妻
	⑧ 出生児が被扶養者であるか	ある・ない					
	⑨ 出生児が被保険者の被扶養者でない時は、その理由	1.夫の被扶養者になる　2その他（　）					
	⑩被保険者の出産の場合該当の支給条件	1.被保険者期間中の出産 2.資格喪失後6カ月以内の出産	※2.の場合は出産日現在加入している医療保険制度を下欄⑫に記入してください。				
	⑪家族(被扶養者)の出産の場合、当健康保険組合への加入から6カ月以内の出産であるか	1. な い　2. あ る 2.の場合は以前加入していた医療保険制度を下欄⑫に記入してください。					
	⑫ 保険者の名称	加入時の氏名	保険証記号・番号				
	② 〇〇 健康保険組合・協会けんぽ・国保	名古屋　花子	あいうー12345				
	資格喪失後6カ月以内に出産した被保険者が請求する場合のみ記入してください。						
	振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人		
	③ 銀行・金庫・信組	店・本店・支店・出張所	1.普通 2.当座		フリガナ		

委任状	請求金額の受領を下記の者に委任します。 令和2年7月1日 委任された者の 事業所所在地　愛知県名古屋市 事業所名称　〇〇株式会社 代表者氏名　〇〇 ④ 被保険者氏名　健保　一郎
備考欄	

【添付書類】

・医療機関等から交付された出産費用についての領収・明細書の写し

（領収・明細書には「出産日」「出産児数」「代理受取額」「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度加入機関」スタンプが押印（該当する場合のみ）されています。）

【注意事項】

・この用紙は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された場合に使用してください。

・医師・助産師または市区町村長の出生証明書の添付は必要ありません。

【記入方法】

①死産のときは、妊娠何週目の死産か記入してください。

②被保険者が資格喪失後6か月以内に出産した場合、又は被扶養者が出産日以前6か月以内に勤務経験がある場合に記入してください。

③被保険者が資格喪失後6か月以内に出産した場合は、振込希望の銀行口座を記入してください。

④被保険者が出産育児一時金・家族出産育児一時金請求時に在職中のときは、一時金は事業所振込になりますので、事業所名称・所在地・代表者氏名の記入をお願いいたします。

トーテックグループ健康保険組合