

健康保険

被保険者 出産育児一時金
家族 出産育児付加金

内払金支払依頼書・差額申請書

直接支払

添付書類

① 医療機関等との合意文書の原本（直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載した明細書または領収書の写し）
② 医療機関等から交付を受けた『出産日・出産児数・受取代理額・専用請求書の内容と相違ない旨が記載された明細書または領収書の写し』
③ 産科医療補償制度対象分娩については『スタンプ（産科医療補償制度加入機関）が押された明細書または領収書の写し』

① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日	③ 印
④ 被保険者（申請者）の住所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
⑤ 出産日	平成 年 月 日	⑦ 事業所の名称	TEL ()	
⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名			

⑧ 振込希望口座	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所	
	[金融機関コード]	[店番号]
預金種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通		口座名義
<input type="checkbox"/> 当座		

平成 年 月 日提出
受付日付印
(健康保険組合使用欄)

◎ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

⑨ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。	
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人	
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人	
被保険者（申請者）	住所 氏名	TEL ()
受取代理人住所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
受取代理人氏名	フリガナ	

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、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。）

◆ 下記（１）、（２）のいずれかにチェック☑を入れ、該当する添付書類（用紙左側に表示）と一緒に提出してください。

(1) 「出産育児一時金直接支払通知書」がお手元に届いている方 ➡ 添付書類は不要です。

(2) 「出産育児一時金直接支払通知書」が提出時にお手元に届いていない方 ➡ 添付書類（用紙左側に表示）と一緒に提出してください。

※「出産育児一時金直接支払通知書」・・・直接支払制度に基づき健康保険組合から病院へ支払が行われた後に、その旨を記載した通知書を被保険者宛で被保険者住所または事業所住所へ発送させていただいております。通知書が届いた後に手続される場合は、添付書類は不要です。

（記入上の注意）

- ①記号・番号は、保険者証に記載されています。
- ⑧と⑨（振込希望口座等）について
 - 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑧のみご記入ください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑨の委任状が必要となります。委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック☑を入れ、

事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合	その他の受領代理人へ振込を希望する場合
・被保険者の住所・氏名を記入、押印してください。（③印と同一印） ・⑧の記入は不要です。	・被保険者の住所・氏名を記入、押印してください。（③印と同一印） ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。 ・⑧に受領代理人の口座を記入してください。

- ◎ この依頼書は、医療機関等が直接支払制度により請求した出産育児一時金等の代理受取額が42万円(産科医療補償制度対象分娩でない場合は40万4千円)未満であるときに、その差額と付加金の合計額を内払金として支払うものです。
- ◎ 差額がない場合は、付加金のみ内払となります。（被保険者期間が1年以上ある方の資格喪失後6ヵ月以内の出産については、付加金の支給はありません。）
- ◎ 海外での出産、出産費資金貸付制度を利用された方は、出産育児一時金の直接支払制度及びこの内払金支払の対象にはなりません。
- ※ 健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。