

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書・差額申請書 家 族 出産育児付加金

添付書類

② 医療機関等からの『直接支払制度合意文書』（直接支払制度を利用する旨及び請求先の被保険者が当健保である旨を記載したもの）

① 医療機関等から交付を受けた『専用請求書の内容と相違ない旨を記載した領収・明細書』の写し（産科医療補償制度対象分娩について）

① 被保険者証の記号と番号	記号	② 被保険者（依頼者）の氏名・生年月日	③		
	番号		昭・平	年	月
④ 被保険者（依頼者）の住所	フリガナ	Tel ()			
	〒				
⑤ 被保険者の勤務する又は勤務していた事業所の	名称	Tel ()			
	所在地 〒				
⑥ 被扶養者が出産した時はその方の	氏 名				

⑦ 内払金振込先	銀行	支店	1: 普通	口座番号										
													
				2: 当座	口座名義（フリガナ）									
													
金融機関コード														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														

⑧ 委任状	被保険者住所		
	被保険者（依頼者）氏名		
		⑧	③と同一印	
私は下記の者に内払金の受領に関する権限を委任します。 (1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (2) (1) 以外の受領代理人				
	住所		
	受領代理人氏名		

年 月 日 提出

（記入上の注意）

1. 標題の「被保険者」と「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲んでください。
 2. ①は、健康保険被保険者証に記載されています。
 3. ③の印は、はっきりと押印してください。また、訂正箇所には同じ印を押して訂正願います。
 4. ⑦と⑧（内払金の振込先等）について
 - (1) 振込先が被保険者（依頼者）の口座の場合は⑦のみご記入ください。
 - (2) 事業主が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には、⑧の委任状欄被保険者（依頼者）の住所、氏名を記入、押印のうえ、同欄の(1)をマルで囲んでください。（⑦の欄の記入は不要です。）
 - (3) (2) 以外の受領代理人口座へ振込みを希望する場合は、⑧の委任状欄に被保険者（依頼者）の住所、氏名を記入、押印のうえ、同欄の(2)をマルで囲み、受領代理人の住所、氏名を記入してください。この場合は、⑦欄に、受領代理人の振込先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39万円）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。

受付日付印
(健康保険組合使用欄)