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

① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	③ 昭和・平成　年　月　日
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 出産した年月日	令和　年　月　日	生産児数　人 / 死産児数　人	死産の時はその妊娠経過期間　週
⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名	⑦ 事業所の名称 TEL　（　）	

⑧ 振込希望口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入してください）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

銀行・信組 / 金庫・農協	支店 / 出張所	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入してください。）
〔金融機関コード　〕	〔店番号　〕	□ 普通 □ 当座		※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎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。
※□にチェックを入れてください。
□ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑧の記入は不要です)
□ その他の受取代理人

被保険者（申請者）　住所
氏名

受取代理人情報		
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。	
代理人氏名	フリガナ	

◆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」は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に被保険者住所または事業所住所へ出産からおおよそ2、3ヶ月後に発送させていただいております。

□ １．「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】（1）医療機関等との合意文書（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もの）
（2）医療機関等から交付を受けた明細書または領収書の写し(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、産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が印字やスタンプ等により明記されたもの）

□ ２．「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。

（記入上の注意）

1. ①記号・番号は、被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。
2. 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	その他の受取代理人へ振込を希望する場合
・被保険者の住所・氏名を記入してください。 ・⑧の記入は不要です。	・被保険者の住所・氏名を記入してください。 ・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に受取代理人の口座を記入してください。

◎ 出産育児一時金の法定給付額（産科医療補償制度の対象でない分娩はその掛金を除く）との差額がない場合は、付加金のみの支給となります。
ただし、資格喪失後の出産については付加金はありません。

※ 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。

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

〔備考〕

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。）

＜送付・問合せ先＞
〒169-8516　東京都新宿区百人町2-27-6
関東ＩＴソフトウェア健康保険組合
給付課　TEL　03-5925-5303

（令和6年12月改）