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

被保険者が記入するところ				
被保険者等の記号・番号		事業所の名称	事業所の所在地	
(記号)	(番号)			
被保険者の氏名		家族出産育児一時金の請求の場合は、出産した家族の氏名等		
(フリガナ)		(氏名)	(生年月日)	(続柄)
			年 月 日	
被保険者の住所・電話番号				
〒 TEL ( )				
出産年月日		出生児数	死産児数	
令和 年 月 日		人	人 (妊娠第 週・月)	

振込先指定口座			
□ 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。) 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。			
金融機関名称		口座預金種別・口座番号	預金口座名義人の氏名
銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1普通 2当座 3.( )	(フリガナ)

⇧ 被保険者名義のもの（受領委任をする場合は代理人名義のもの）を記入してください。

受取代理人の欄		
本請求に基づく給付金の受領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	被保険者との関係
	(フリガナ)	
	代理人の住所・電話番号	
	〒 TEL ( )	

⇧ この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入して下さい。

被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です）												

◎添付書類

領収・明細書（「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度加入医療機関で出産の場合は所定のスタンプ印」の押印がなされているもの）の写し

医療機関等から交付される合意文書（「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結している旨」及び申請者となる「保険者名」が記載されているもの）の写し

受付