支給額					円

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

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

◎【ご注意ください】家族(被扶養者)の方の出産一時金であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所等をご記入ください。

被保険者情報

① 被保険者証	記号 番号	② 資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日
③ 氏名	(フリガナ)	④ 生年月日	昭・平 年 月 日
⑤ 住所	〒 ー 都・道 府・県		
		⑥ 電話番号 (日中の連絡先)	( )
⑦ 事業所名称		⑧ 提出委任	☐ 本申請の提出を事業主へ委任します。(事業主経由(依頼)する場合は✔)

加入状況申告

⑨ 右の項目に該当する方は、全ての項目を記入	1.被保険者が出産した場合 ☐ 当組合の資格を喪失した後の出産ですか ☑の場合⇒現在加入している保険者名を記入	2.家族が出産した場合 ☐ 当組合に加入してから6カ月以内の出産ですか ☑の場合⇒当組合加入以前に加入していた保険者名を記入
保険者の名称	協会けんぽ( )支部 ・ ( )健康保険組合 ・ ( )共済組合 ( )国民健康保険 ・ その他( )	
⑩ 同意欄	私は東京都電機健康保険組合以外に出産育児一時金の請求はしません。また、当健康保険組合が関係機関に照会すること、また関係機関が回答することに対して、同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。	出産した方の氏名 ※署名したことにより同意したものとみなします。

申請内容

⑪ 出産した方(どちらかに✔)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	⑫ 家族の場合は、その方の	氏名	昭和・平成 年 月 日	続柄( )		
⑬ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産児数	人	⑮ 死産児数	人	⑯ 死産のとき(妊娠経過期間)	か月 週
⑰ 出産した医療機関等	名称						

◎ 振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	☐ 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、下記の口座情報の記入は不要です。)		
金融機関名称	銀行コード / 支店コード 銀行・金庫・信組 農協・その他( ) 支店・本店・出張所 その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
		口座番号	
口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人

◎事業所への委任の場合のみご記入ください。

委任状

被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
受領代理人	氏名

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

添付書類

① **医療機関等から交付される合意文書の写し**
直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び申請先となる当健保組合が記載されているもの

② **出産費用の領収・明細書の写し**
出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し
注:産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の印字やスタンプの押印により明記されているもの

東京都電機健康保険組合 (R5.4)