出産育児一時金　内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

東京都電機健康保険組合 ｜保険給付課 03-3834-7214

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※
訂正箇所に二重線を引き、**被保険者(申請者) のサインまたは押印**をお願いします。
修正液等は使用しないでください。

支給額						円

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（申請者）情報

❶ ① 被保険者等記号・番号：記号 9876　番号 54321
記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。

❷ ② 氏名：（フリガナ）ケンポ　タロウ　健保　太郎
③ 被保険者の生年月日：昭和（平成）　××年×月×日

④ 住所：〒113－0000　東京　都・道・府・県　文京区〇〇　×－×－×
⑤ 電話番号（日中の連絡先）：××　（××××）××××

⑥ 事業所名称：株式会社　□□□□
❸ ⑦ 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

❹ ⑧ 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（　　）

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

⑨ 出産した方（どちらかに✔）：□ 被保険者　☑ 家族(被扶養者)
❺ ⑩ 家族の場合は、その方の：氏名　健保　花子　昭和（平成）　××年×月×日　続柄（妻）

⑪ 出産した年月日：令和　×年×月×日
⑫ 生産児数：1人
⑬ 死産児数：　人
⑭ 死産のとき（妊娠経過期間）：　か月　週

⑮ 出産した医療機関等：名称　〇〇産婦人科医院

◎振込先欄には②欄の被保険者(申請者)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

❻ 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✓、利用しない場合は下記の欄を記入）

金融機関名称：銀行コード 1 2 3 4　〇〇〇〇　銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）
支店コード 9 8 7　△△△△　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：1 2 3 4 5 6 7

口座名義（カタカナで記入）：ケンポ　タロウ
※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。
口座名義区分：☑被保険者(申請者)　□ 事業所の受領代理人

◎今回の給付金の受取を事業所に委任する場合はご記入ください。

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

添付書類

① **医療機関等から交付される合意文書(写し)**
・直接支払制度を利用する旨及び申請先となる当組合の名称が記載されているもの

② **出産費用の領収・明細書(写し)**
・出産日、出産児数、出産費用の内訳、医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの
・産科医療補償制度対象の出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されているもの

③〔死産で、領収・明細書に「死産年月日」および「妊娠経過期間」が記載されていない場合〕
死産証書(死胎検案書)等(写し)

東京都電機健康保険組合　(R6.12)

❶ 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格情報画面」、「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」のいずれかでご確認ください。
わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

❷ ［被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合］
②欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請者の氏名をご記入ください。
また、④欄には申請者の住所を、振込先には申請者の口座をご記入ください。
※申請者が被扶養者でない場合は、戸籍謄本（原本）等の添付が必要となります。
※振込先は、公金受取口座利用のチェック欄は使用せず、口座情報をご記入ください。

❸ 本申請を事業所（事業主）経由で提出する場合は、必ず✓をしてください。

❹ 出産日の前後６か月以内に他の健康保険などに加入している（いた）場合はご記入ください。

❺ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❻ 家族が出産した場合でも、振込先には被保険者または事業所の口座をご記入ください。

添付書類

※内容審査に必要なときは別途、添付書類の提出をお願いする場合があります。
※ご提出いただいた原本は返却できません。

① 医療機関等から交付された合意文書（写し）
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および申請先となる当組合名が記載されているもの

② 出産費用の領収・明細書（写し）
・出産日、出産児数、出産費用の内訳、医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの
・産科医療補償制度対象出産の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されているもの

③〔死産で、領収・明細書に「死産年月日」および「妊娠経過期間」が記載されていない場合〕
死産証書（死胎検案書）等（写し）

※　提出先住所　〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4　　東京都電機健康保険組合　保険給付課