

支	給	額	円
---	---	---	---

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

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 9876 番号 54321	② 資格取得年月日 昭・平(令) △△ 年 △ 月 △ 日
	③ 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	④ 生年月日 昭(平) ×× 年 × 月 × 日
	⑤ 住所 〒 113 - 0000 東京 ⑧ 道 府 県 文京区○○ × - × - ×	⑥ 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××
	⑦ 事業所名称 株式会社 □□□□	⑤ 提出委任 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)

加 入 状 況 申 告	④ ①被保険者が出産した場合 <input type="checkbox"/> 当組合の資格を喪失した後の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 当組合に加入してから6カ月以内の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> の場合⇒当組合加入以前に加入していた保険者名を記入
	協会けんぽ(□□□)支部 ()健康保険組合 ()共済組合	
	保険者の名称 ()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。	出生した方 の氏名 健保 花子

申 請 内 容	⑩ 出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ⑪ 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)
	⑫ 出産した年月日 令和 × 年 × 月 × 日 ⑬ 生産児数 1 人 ⑭ 死産児数 人 ⑮ 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	⑯ 出産した医療機関等 名称 ○○産婦人科医院

◎ 振込先欄には被保険者(⑤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 <input type="checkbox"/> 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。)
	銀行コード ○○○○ (銀行・金庫・信組 農協・その他())
	支店コード △△△△ (支店・本店・出張所 その他())
	口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ
金融機関名称	① ② ③ ④ ○○○○ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ △△△△ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ 1 2 3 4 5 6 7
口座番号	⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 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) 氏名	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。
	受領代理人 氏名	

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

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、③欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請される方の氏名を記入してください。
(住所・振込先口座は、申請される方の住所・口座をご記入ください)
※申請者が被扶養者以外の場合は、戸籍謄本の原本等が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 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。
- 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)場合は回答してください。
- 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。

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及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)
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

※ 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