



健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金内払金依頼書(差額分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日			被保険者氏名		(フリガナ)		
	-		昭和・平成・令和 年 月 日							
	事業所名称				事業所所在地					
	被保険者の住所			(フリガナ) 〒 -						
	被扶養者が出産したための請求であるときはその者の		氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	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 旨			妊娠経過期間	週	
	出産した医療機関等	名称				所在地				
	直接支払制度		利用した			利用していない				
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由						

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。

※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。

（産科医療補償制度の対象分娩の時は『産科医療補償制度の対象分娩です』と明記された領収書）

※この用紙には、医師・助産師または市区町村長の出生証明は必要ありません。

※この用紙は、直接支払制度を利用され、出産費用の差額分を健康保険組合に依頼する場合にお使いください。

委 任 欄	本請求に基づく給付に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日	
	住所	被保険者の住所氏名印 氏名
	事業所所在地	委任された者の住所氏名印 事業所名称 事業主氏名

令和 年 月 日提出

健保受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。（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。）

備考欄	
-----	--

【 注 意 】

※この用紙は、直接支払制度を利用された場合にお使ください。

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。

※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。（産科医療補償制度の対象分娩の時は『産科医療補償制度の対象分娩です』と明記された領収書）

※この用紙には、医師・助産師または市区町村長の出生証明は必要ありません。

※この用紙は、直接支払制度を利用され、出産費用の差額分を健康保険組合に依頼する場合にお使ください。