

記入例



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 600-123		被保険者の生年月日 昭和・平成・令和 55年4月1日		被保険者氏名 石油 太郎		(フリガナ) セキユ タロウ		
	事業所名称 (株) 石油 健保		事業所所在地 名古屋市東区西桜 3-2-1						
	被保険者の住所 (フリガナ) ナゴヤシヒガシクミナミサクラ 〒 123-4567 名古屋市東区南桜 1-2-3								
	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 石油 花子		生年月日 昭和・平成・令和 60年10月1日						
	出産した年月日 令和 3年5月5日	生産児数 1 人	死産児数 人	死産の旨	妊娠経過期間 40 週				
	出産した医療機関等名称 名古屋石油医院	所在地 名古屋市中区正木三丁目2番70号							
	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 3 年 5 月 20 日	
	被保険者の住所氏名印 住所 名古屋市東区南桜 1-2-3 氏名 石油 太郎	委任された者の住所氏名印 事業所所在地 名古屋市東区西桜 3-2-1 事業所名称 (株) 石油 健保 事業主氏名 代表取締役 東海 太郎

令和 **3** 年 **5** 月 **20** 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

記号・番号を記載した場合、本欄への記載は不要です。