



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 は旨			妊娠経過期間	週		
	出産した医療機関等		名称				所在地				
	出生児の氏名		(フリガナ)			被保険者と 出生児の続柄			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、出産費用が42万円（産科医療補償制度の加算対象出産の場合）未満で収まり、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
	委任された者の 住所氏名印	事業所所在地 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いください。

※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、出産費用が42万円（産科医療補償制度の加算対象出産の場合）未満で収まり、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。