

直接支払制度利用 被保険者 家族 出産育児一時金差額(内払金)支払依頼書

健保組合受付印

中部アイティ産業健康保険組合 御中

請 求 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号		—		請求年月日	平成 年 月 日				
	事業所名				被保険者名	印				
	分娩年月日		平成 年 月 日 生産・死産(カ月)		被保険者 銀行口座	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				
	分 娩 者	氏名				(フリガナ) 口座名義				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日 生			口座番号	普通			
		続柄				住 所	〒 —			
	出 生 児	氏名					連 絡 先	() —		
		続柄	(例:長男・長女)							
		氏名								
		続柄	(例:長男・長女)							
入 欄	(被保険者が出産したとき) 資格喪失後の出産ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に資格喪失後に加入 している健康保険組合についてご記入下さい。				い ず れ か	・協会けんぽ ()支部 ・健康保険組合 ()健康保険組合 ・国民健康保険 市町村名()				
	(家族が出産したとき) 家族が退職後6ヶ月以内の出産ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に退職前に加入 していた健康保険組合についてご記入下さい。					被保険者の氏名 () 記号・番号 (—)				
出 産 し た 医 療 機 関		名称								
		所在地								
		電話番号								

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付してください。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付してください。
マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備 考

- (注) 1. 直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の場合は40.4万円)未満の場合は、出産育児一時金の差額(内払金)を請求することができます。
2. 希望振込銀行は、被保険者名義の口座をご記入下さい。
3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しと合意文書の写しを添付してください。
 ※領収・明細書・・・「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されていること、産科医療補償制度に加入している医療機関等で分娩した場合は、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプ印があるかどうか確認して下さい。

健 保 組 合 処 理 欄	本 人	資格取得	年 月 日		支給決定日	年 月 日		
		資格喪失	年 月 日		支給日	年 月 日		
	扶 養 者	被保険者期間	1年以上 有・無 (年 月 日取得)		領収・明細書金額	円		
					差額支給額	円		
	出 産 育 児 一 時 金	認定日	年 月 日		常務理事	事務長	担 当	
		(協会けんぽ)	年 月 日					
直接支払による		支払月	年 月					
出産育児一時金		専用請求書金額	円					