

健康保険 出産育児一時金等内払金(差額) 支払依頼書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	②事業所名		
	被保険者(申請者)の氏名・印住所	③氏名	(フリガナ)		④住所	郵便番号 □□□-□□□□	
	⑤被扶養者が出産のとき家族氏名・生年月日		氏名	生年月日	平成	昭和	年月日
	⑥差額・付加金の受領方法	受取代理人	*代理人に委任する方は記入してください 【被保険者(申請者)印は③欄に押した印に限ります】 この給付金の受領を 住所 氏名 _____ (印) に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____ (印)				
		振込希望金融機関					
【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】							
フリガナ() () 店番 _____ 銀行 信用金庫 支店 口座番号 _____ フリガナ () 口座名義人氏名 _____							

【提出にあたって(記入上の注意など)】

1. 被保険者(申請者)が自ら署名する場合、被保険者(申請者)の押印は省略することができます。
2. ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
3. 添付書類は次のとおりです。
＜添付書類＞
 ◆**出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し**
 ◆**分娩費内訳明細書(領収書)の写し[産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要]**
4. 出産費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は40万4千円)未満の場合にご提出ください。
(*ただし、改正前の平成26年12月31日以前の出産の場合、40万4千円は39万円となります)
5. 同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の両方の給付を受けることはできません。

◎提出先 〒542-0061 大阪府中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4F
 関西文紙情報産業健康保険組合

受付年月