

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被保険者の 記号・番号 | | (記号) | (番号) | ② 事業所名 | | |
| | 被保険者 (申請者)の 氏名・住所 ・郵便番号 | ③ 氏 名 | (フリガナ) | | ④ 住 所 | 〒□□□-□□□□ | |
| | | | | | | TEL() - | |
| | 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 | | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | ⑥ 給付金 (差額) 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 この給付金の受領を 住 所 _____ 氏 名 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____ | | | | |
| 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 支店 口座番号 _____ 信用金庫 支店 _____ 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. ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
2. 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]**
3. 出産費用が50万円(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48万8千円)未満の場合にご提出ください。
(*ただし、改正前の令和5年3月31日以前の出産の場合、42万円となり、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40万8千円になります。)
4. 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 大阪市中央区安堂寺町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