

(直接支払制度利用者用)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金差額支払・同付加金請求書

平成 年 月 日

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				生年月日														
	-				5:昭和 7:平成		年		月		日								
	被保険者等 (請求者) の氏名		(フリガナ)		事業所の名称														
	被保険者等 (請求者) の住所		郵便番号		印		事業所の所在地												
					(フリガナ)		電話 ()												
	被扶養者が 出産した場 合はその方 の氏名		(フリガナ)		被扶養者の 生年月日		5:昭和 7:平成		年		月		日						
	出産した 年月日		平成		年		月		日		出生 児数		死産 児数		妊 娠 間 過		補 産 加 入 制 度		有 ・ 無
備考欄		被保険者証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、こちらへ記載してください。 (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。)																	

振 込 先 口 座	金 融 機 関 を 含 む 一 覧	金融機関コード		預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	銀行 金庫 信組				本店 支店 出張所	
		※				信連 信漁連 農協 漁協				本所 支所 本店 支店	
		口座番号				口座名義				(フリガナ)	

委 任 状 欄	被保険者 (請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日															
	受領代理人	氏名	印														
		住所															
		氏名	印														

◎「※」印欄は記入しないでください。

◎被保険者(請求者)の個人口座に振込を希望する場合は委任状欄は不要です。

支給額は以下のとおりです。

①差 額 出産育児一時金と医療機関等に対する直接支払額との差

(直接支払額 < 出産育児一時金の場合)

②付加金 被保険者:26,000円

被扶養者:16,000円

既に、出産育児一時金・同付加金請求書をご提出の方は、当該請求書による申請はできません。

受 付 年 月 日