

**【記入例】**

(注) 医療機関で直接支払制度を利用し、差額があり、早めに差額を受け取りたい方はこの申請用紙をご記入ください。(申請しなくても差額があれば出産2, 3ヵ月後に健保からご連絡します)

支給 支出 決議書	常務理事	事務長	担当者	令和 年 月 日 起案
				支給額 円
	備考欄			
	分娩年月日	令和 年 月 日		
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日			
資格喪失日	令和 年 月 日			

被保険者  
家族

**出産育児一時金内払金支払依頼書**

■直接支払制度を利用⇒差額あり⇒差額を早めに受け取りたい

被保険者証の記号番号	記号	1	番号	23456	事業所名	●●株式会社				
被保険者氏名	健保太郎				生年月日	昭和55年 3月 3日				
被保険者住所	〒 - 住所記入				(TEL	電話番号記入)				
家族が出産した場合その家族の氏名	健保花子				生年月日	昭和60年 3月 3日 続柄(妻)				
出産年月日	令和 3年 4月 1日				生産・死産					
出生児の氏名	健保一郎				続柄	長男	被扶養者であるかないか	有・無		
出産した医療機関の名称					出産した医療機関の所在地					
被保険者(請求者)の振込希望銀行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)									
	<small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、本請求に基づく給付金の受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>									
	銀行コード	123	銀行名	●●銀行			普通当座	No	1234567	
店番号	456	支店名	新宿支店							
<b>委任する場合は記入してください。(被保険者以外に振込む場合)</b> ①振込先名義人名 ②被保険者(栗田健保加入者本人)名					ケンポ タロウ ① _____ に委任する ② _____					
委任する場合は記入	令和 年 月 日				被保険者氏名 _____					
<b>※ 家族が栗田健保に加入後、6ヶ月以内の出産の場合は下記の記入が必要です</b>										
栗田健保加入以前の	●●●				<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険	記号	100	番号	1234	
電話番号	電話番号を記入してください				資格喪失日	令和 3年 1月 30日				
栗田健保に上記情報を提供することに同意いたします 令和 3年 6月 1日 出産者氏名 _____ ケンポ ハナコ										

**添付書類**

- ①医療機関から交付される出産費用の「領収・明細書(写)」(産科医療補償制度のスタンプがあるもの)
- ②医療機関等と取り交わした、直接支払い制度利用に関する「合意文書(写)」