

内払金

健康保険被保険者家族 出産育児一時金・内払金請求書

記入例

※必要事項を全て記入（および捺印）下さい。訂正箇所については、押印した印と同一印で訂正下さい。融機関の欄へ記入・捺印下さい。（記入方法・添付書類等不明な方は、当組合ホームページをご参照ください）

| | | | | |
|--|--|--------------|--|-------------------------------|
| 被保険者証の記号・番号 | 227 | 555 | 被保険者（請求者）の氏名及び印 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | 生 年 月 日 昭和 平成 60年7月10日生 |
| 被保険者の現住所 | 〒 170 - 〇〇×× | | TEL | 03-3456-78×× |
| 勤務している又はしていた事業所の名称 | 株式会社〇〇広告 | | 所在地 | 東京都豊島区〇〇1-5-1 |
| 被扶養者が出産したための請求であるときはその方の氏名 | 健保 花子 | | 生年月日 | 昭和 平成 60年12月19日 |
| 出産した年月日 | 平成 27年1月7日 | 出産児数 | 1 | 死産児数 死産のときはその妊娠経過期間 |
| 出産したその病産院の名称 | 〇〇△△産婦人科病院 | | 所在地 | 東京都文京区△△2-16-9 |
| 出生児の氏名 | (フリガナ) ケンポ マミ 健保 真美 | 被保険者と出生児との続柄 | 長女 | 出生児が被保険者の被扶養者かどうか ある ない |
| 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | 他の制度から給付を受けているかどうか | 受けている 受けていない |
| 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産である時は以前の被保険者証、資格喪失後6ヶ月以内の出産である時は現在の被保険者証の | 健保・国保等の名称 | | 〇〇△△健康保険組合 TEL 03-1212-34△△ | |
| | 記号番号および続柄 | | 5 6 7 8 - 9 9 9 9 | 被保険者・被扶養者 |
| | 加入期間 | | 昭和 平成 20年4月1日 ~ 26年10月31日まで加入 | |
| (添付資料) (※全て必要となりますので ☑チェックしてください) | <input checked="" type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書(写) <input checked="" type="checkbox"/> 直接支払制度の合意文書(写) <input checked="" type="checkbox"/> 出生証明書(写) ※ 死産の場合は死産届(写) | | 備 考 | |

| | |
|-----|--|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人(健保口)に委任します。平成 年 月 日 |
| | 被保険者(申請者) 住所 _____ |
| | 氏名 _____ 印 |
| | 代理人(健保口) 住所 _____ |
| | 氏名 _____ 印 |

| | | | | | |
|--------|--------------------------|--------------|-------|-------|----------|
| 振込金融機関 | 銀行コード 5 | 銀行 店番 359 | 本店 | 預金種別 | 平成 年 月 日 |
| | 金融機関 三菱東京UFJ | 信用金庫 池袋 | 支店 | 1. 普通 | 受付日付印 |
| | 口座番号 No. 〇 〇 △ △ □ △ □ □ | フリガナ ケンポ タロウ | 健保 太郎 | 2. 当座 | |

| | |
|----------------|---------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | _____ 印 |
|----------------|---------|

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 TEL 03 (3576) 3511

【記入上の注意】

この請求書は、①「直接支払制度」を利用、②医療機関の代理受領額が一子につき42万円（産科医療保障制度対象分娩でない場合は、一子につき40.4万円）未満だった場合に差額を請求するためにお使いいただけます。

1. 被保険者が記入するところの欄で該当される必要事項をご記入下さい。

2. 保険給付金の振込先等について

(a)被保険者の口座に振り込みを希望する場合は、振込金融機関の欄に被保険者の口座をご記入下さい。

(b)健保口の口座（事業所経由）へ振込を希望する場合は、委任状の欄に記入・捺印してください。その際、被保険者（請求者）の印と、被保険者が記入するところの欄内の被保険者（請求者）の氏名及び印の欄で捺印した同一印で押印してください。

3. 添付書類について

- ・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
（この領収書には出産者氏名・出生日・出生児数・産科医療保障制度の加入の有無・直接支払制度による生産金額の記載のあるもの）
- ・医療機関等から交付される「合意文書」の写し
（「直接支払制度を利用している旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されているもの）

※ご不明な点等がございましたら健康保険組合の業務課・給付係までご連絡下さい。

03-3576-3511