

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

| | | | | | | | | |
|--------|-------|--------|----|------------|------------------|-----|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者等 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | — | 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) | () | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | |

| | | | | |
|-----|-------------------|-----------------------|------|--------------|
| 振込先 | 金融機関名称 | 銀行・金庫・信組 農協・その他() | 預金種別 | 普通・当座・その他() |
| | 口座名義 (カタカナで記入) | 支店・本店・出張所 その他() | 口座番号 | |
| | 口座名義区分 | 被保険者(申請者) | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------|---|------|---|-------|---|-------------------|----|---|
| 申請内容 | 出産した方 (どちらかに✓) | <input type="checkbox"/> 被保険者 | <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | | | | | | | | | |
| | 家族の場合は その方の | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 続柄() | | | | |
| | 出産した年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | 生産児数 | 人 | 死産児数 | 人 | 死産のとき (妊娠経過期間) | か月 | 週 |
| | 出産した 医療機関等 | 名称 | 所在地 | | | | | | | | | |

- ◎ 振込先の欄は被保険者(本人)の口座をご記入ください。家族等の口座への入金はできません。
- ◎ 窓口払いの取扱いは行っておりません。
- ◎ 提出の際には、必ず医療機関から交付された費用の内訳を記した領収・明細書の写しを添付してください。

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄