

出産育児一時金等内払金支払依頼書

〔 直接支払制度利用時の被保険者家族 出産育児一時金(差額)申請書 〕

◎ 健保組合が支給する出産育児一時金の受け取りについて、分娩医療機関等「直接支払う」直接支払制度を利用した場合、分娩医療機関等の代理受取額が一時金の満額に満たなかつたときに、その差額をこの依頼書で申請できます。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		事業所 名称	生年月日		連絡先電話番号	
	記号	番号					
	被保険者の (申請者)	氏名		昭和・平成		連絡先(送付先)住所	
				年 月 日			
被扶養者が 出産した場合は その方の	氏名		昭和・平成		被保険者との続柄		
			年 月 日				
出生年月日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	1:生産 2:死産(妊娠経過期間 週)	
出生児の 氏名			被保険者との続柄		被保険者との続柄		
振込先 金融機関	労働金庫			本店・本店営業部		預金 種別	1:普通
	[]			支店			
店番号	口座 番号	口座 名義		(カタカナで記入)			

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下を記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日		年 月 日提出
	被保険者 (申請者)	住所 氏名			受付日付印
	代理人の 氏名	(フリガナ)	申請者 との関係		
代理人の 住所	〒 -				

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、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

【必要な添付書類】

- ① 医療機関等から交付された「出産費用の領収・明細書」の写し。
(「出産費用の領収・明細書」内に産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプが押されている場合にのみ、1万2千円の加算があります)
- ② 医療機関等と交わした「合意文書」の写し。
(出産育児一時金の申請・受取にかかる代理契約を締結した書類の写し)
- ③ 被保険者の資格喪失後の出産による申請時は、出産日に加入している健康保険等の「被保険者証」の写し。

〔提出先・お問い合わせ先〕

〒101-0052
東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階
全国労働金庫健康保険組合 業務部
Tel 03(5217)3162

※健保使用欄

法定(満額)	408,000円()・420,000円()
代理受領額	-) 円
法定(差額)	円