被保険者又は被扶養者が、妊娠4ヵ月（85日）以上で出産した場合に「（家族）出産育児一時金」が支給されます（死産の場合も支給されます）。
産科医療補償制度加入医療機関等における妊娠22週以降の出産に対しては500,000円、該当しない場合は488,000円が支給されます。
「出産育児一時金等内払金支払依頼書」は、出産費用の支払に**出産育児一時金等の直接支払制度を利用した場合**に、出産費用等が出産育児一時金支給額より少なかったときに使用します。
医療機関等から交付された領収・明細書のコピーを添付し提出します。
この支払依頼書を提出していない場合でも、健康保険組合より差額申請手続を被保険者に連絡しますので、連絡をお受け取りいた

出産育児一時金等内払金支払依頼書

内払金は、20日締め、当月末支給です。
医療機関等より交付された出産費用の領収・明細書のコピーを添付し提出してください。

被保険者（請求者）が記入するところ

健康保険の	記号		の名称	○○株式会社	
	番号	999999			
被保険者（請求者）の	氏名	鐘化　健保	生年月日	昭和・平成　59　年　7　月　1　日	
	住所	〒　999-9999　TEL　123-456-789 ○○県○○市○○町１－２－３			
請求が被扶養者に関するとき	氏名	鐘化　組子	生年月日	昭和・平成　#　年　#　月　1　日	続柄　妻

支払金融機関（※給付金の受取を代理人（被保険者以外の者）に委任する場合は、委任状欄にも記入してください）

☐　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☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受

原則、被保険者の口座をご記入ください。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号（7桁）	口座名義（カタカナ）
○○銀行	○○駅前支店	普通・当座	9999999	ｶﾈｶ　ｹﾝﾎﾟ

委任状

給付金の受取を代理人に委任する場合は委任状もご記入ください。

被保険者	本申請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	
	令和　年　月　日	
	被保険者氏名	
受取代理人（口座名義人）	住所	
	TEL（日中連絡先）	
	氏名	被保険者との続柄

給付金の受取を代理人に委任する場合（支払金融機関の口座の名義が被保険者以外の場合）のみご記入ください。

健康保険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、備考欄へ記載し
（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

マイナンバー記載の場合は、別途確認書類のご提出が必要になりますのでご注意ください。

備考欄

☑　上記記載内容に誤りがないことを確認の上、申請します。

令和　7 年　3 月　1 日

提出前に内容を確認の上、確認欄にチェック後、ご提出をお願いします。

住所　〒　999　○○県○

被保険者の　氏名　鐘化　健保

電話番号　123-4

☐　本申請書の提出を事業主に委任します（委任する場合は　V　）

事業主経由で提出する場合は、☐にチェックが必要です。

※　確認のため、医療機関等より交付された出産費用の領収・明細書コピーの添付が必要です。
※　内払金は、20日締め、当月末振込です。