

記入見本

被保険者又は被扶養者であるご家族が、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420,000円、該当しない場合は404,000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くてすんだときに使用します。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。医療機関等へのお産育児一時金等支給決定時に提出されていない場合は、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、その後、申請していただいても結構です。

力不刀健康保険組百理事長 殿

出産育児一時金等内払金支払依頼書

令和 1年 5月 20日

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。

下記のとおり出産育児一時金等内払金の支払を依頼します。

健康保険証の 記号・番号	記号	1000		事業所 の 名称	株式会社カネカ		
	番号	7777777					
被保険者 (請求者)の	氏名	鐘化 健太郎	印	生 月	昭和 2年 8月19日	年 日	平成
	住所	〒 676-0000 兵庫県高砂市・・・					
請求が被扶養者 に関するとき	氏名	鐘化 康子	生 月	昭和 4年 3月 3日	年 日	続柄	妻
支払金融機関	金融機関名	○△◇銀行	支店名	◎○支店	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
					普通 当座	134567	(カタカナ) ケンタロウ 鐘化 健太郎
備考欄	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(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 ますのでご注意ください。						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します (委任する場合は				<input checked="" type="checkbox"/> 事業主経由で提出する場合は、 口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。

被保険者の口座をご記入ください。