

※直接支払制度を利用した場合の用紙

健康 保 使 用 欄	支払額		¥	拾万	万	千	百	拾	円	年	月	日	取得
										年	月	日	喪失
										年	月	日	伺
	法定	款	項	目						年	月	日	支払
	付									年	月	日	出産

ご確認ください

健康保険 出産育児一時金(差額) 支給申請書
出産育児一時金 付加金

(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

⑥の欄は家族が
死産の場合は
分娩機関から
分娩費内訳明
細書(領収書)
「産科医療補
償制度の対象
分娩の場合
は所定印が
必要」を添付
してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	② 事業所名
	—	
	③ 被保険者(請求者)の氏名・印	④ 生年月日
	(印) —	昭和・平成 年 月 日
	⑤被保険者(請求者)の住所	電話 ()
	氏名	続柄 生年月日
	—	昭和・平成 年 月 日
	⑦ 出産した年月日	⑧ 出生児氏名 生産児数 死産児数 在胎週数
	平成 年 月 日	人 人 週
	⑨医療機関	名称 所在地

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください											
⑩ 支払希望の銀行	銀行コード(4ケタ)	銀行 信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)	支店	普通・当座 (〇をつけてください)						
口座番号	ゆうちょ銀行のみ8ケタの記入をお願いします					口座名義	カタカナで記入してください				

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日
	被保険者 住所 氏名 (印)
	代理人 住所 氏名 (印)

受付日付印