

**※直接支払制度を利用した場合の用紙**

健 保 使 用 欄	支払額	¥	拾万	万	千	百	拾	円	資格あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
									喪失日： 年 月 日
	法定 付加	款 3	項 1	日 10	日 19				
	3	2	3	4					支払日： 年 月 日

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)

◆産科医療補償制度の対象分娩の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言があるものを添付してください。

◆分娩費内訳明細書(領収書)【代理受取額の記載があるもの】の写し

◆分娩機関から交付される出産育児一時金直接支払制度合意文書の写しを添付してください。

◎⑥の欄は家族が出産した場合のみご記入ください。

◎死産の場合は在胎週数がわかる書類の添付をお願いします。⑧の欄の出生児の氏名の記載は不要です。

被 保 険 者 記 入 す る こ ろ	① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	② 事 業 所 名
	被保険者のマイナンバー (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)	
	③ 被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 氏 名	④ 生 年 月 日
	昭 和 ・ 平 成	年 月 日
	⑤被保険者 (請求者)の住所	電話 ( )
	⑥被扶養者が 出産したとき はその者の	氏 名 続 柄 生 年 月 日
		昭 和 ・ 平 成
	※当組合扶養認定6ヶ月以内の出産の場合は、医療機関からの一時金請求確認後の手続きとなり、出産日より約二か月後のお支払いとなります。	
	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
	令和 年 月 日	人 人 週
	⑨医療機関 名称	
	⑩提出書類 チェック欄	出産育児一時金直接支払制度 合意文書の写し
	<input type="checkbox"/>	代理受取額 (上限50万円) の記載がある分娩費用明細書

必ずご記入ください										
⑪ 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 (○をつけてください)	
	口座 番号	ゆうちょ銀行は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		
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります									

受付日付印

申請書送付先  
お勤めの会社または健保組合

\* 健保組合住所 \*

541-0041  
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28  
住友ビル2号館6階  
住商連合健康保険組合 あて

住商連合健康保険組合