

支給額		円
支給内訳	差額（内払）分	円
	出産育児付加金	円
医療機関等支払額	直接支払分	円

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

被保険者 出産育児一時金 差額（内払）・付加金支払依頼書
 家 族

被保険者（申請者）情報	記号	—	番号		生年月日	年	月	日
	被保険者証の	—			<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
住所	(〒	—)		都 道			
					府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					
<input 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"/>)								

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 本所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 出産した年月日	令和 年 月 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人
			3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
	4 出産児の氏名		
	5 出産した医療機関等	名称	所在地
6 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		
	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ		
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名		
●被保険者 → 現在加入している保険者について	記号・番号		
●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について			
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない		

【添付書類】

- 医療機関等から交付される、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度合意文書の写し
- 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し