

※ 組 合 記 入 欄	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日				決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者	
		A	出産育児一時金 (法定給付費額)					千円		
支給決定の額	B	医療機関支払金額 (代理受取額)					資格等	取得	昭和 平成	年 月 日
	C	内払金(差額) (A-B)						喪失	令和	年 月 日
	D	出産育児一時金 付加金					備考			
	E	合 計 (C+D)								

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 申請

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号 番号		② 勤務している、または 勤務していた事業 所(会社)の名称	(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。)				
	③ 被保険者氏名		④ 生 年 日 月 平成	年 月 日				
	⑤ 家族が出産した ための申請であ るときはその旨	⑦ 氏 名		① 生 年 日 月 平成	年 月 日			
	⑥ 申請者の住所	〒						
	⑦ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 死産のとき はその旨		① 妊 娠 経 過 期 間	か月 週		
	⑧ 入院して出産 したときはその病・産院の	⑦ 名 称						
		① 所在地						
	⑨ 出生児の氏名		⑦ 被保険者との 出生児の関係		① 出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか	ある・ない		
	⑩ 出生児が被保険 者の被扶養者でない ときはその理由				⑪ 備 考			
	⑫ 家族(被扶養者)の出 産で、その者が退職後6か 月以内の申請の場合	退職時の保険者(組合)名と電話番号	保険者名		電話番号			
		退職日	令和 年 月 日	被保険者証の記号番号	記号	番号		
		上記保険者(組合)へ出産育児一時金の請求はいたしません。				署名		

委 任 状	被 保 険 者	本依頼に基づく出産育児一時金等内払金等に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日
	氏名	代 事 住 所 理 業 人 主 氏名
		⑩ ⑪ ⑫

事業所 担当者印

【注意事項】

本依頼書は、直接支払制度を利用し、出産後速やかに差額を受け取りたいと希望する場合の用紙です。

【添付書類】

- 医療機関等から交付された代理契約に関する書類の写
- 医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書の写  
(産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、当該出産であることを証明するスタンプが2の領収・明細書に押印してあることが必要となる。)

※ 受付日付印