

【記入例】

No.

※ 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	
	支給決定の額	A	出産育児一時金 (法定給付費額)					円	千円			
		B	医療機関支払金額 (代理受取額)					円		資格等	取得	昭和 平成 令和
		C	内払金 (差額) (A - B)					円	喪失		令和	年      月      日
		D	出産育児一時金 付加金					円	備考			
		E	合 計 (C + D)					円				

健康保険      **被保険者**      出産育児一時金等内払金支払依頼書  
家 族

日揮健康保険組合    理事長    殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日    申請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の	記号	× × ×	② 勤務している、または 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。)			
		番号	〇〇〇	〇〇〇〇株式会社				
	③ 被 保 険 者 氏 名	日 揮 花 子			④ 生 年 日	昭和 平成	60	年    9    月    15    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	該当なし			① 生 年 日	昭和 平成	年      月      日
	⑥ 申 請 者 の 住 所	〒						
	⑦ 出 産 し た 年 月 日	令和	1	年    10    月    25    日	⑦ 死産のとき はその旨	該当なし	⑧ 妊 娠 過 期 間	10 か月 2 週
	⑧ 入 院 し て 出 産 し た と き は その病・産院の	⑦ 名 称	〇〇産婦人科病院					
		① 所在地	横浜市港南区上大岡〇-〇-〇					
	⑨ 出 生 児 の 氏 名	日 揮 一 朗	⑦ 被 保 険 者 と の 出生児の関係	長男		① 出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか	ある・ <b>ない</b>	
	⑩ 出生児が被保険者 の被扶養者でない ときはその理由	夫の被扶養者となる				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	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	被 保 険 者 氏名	日 揮 花 子	代 理 人 (事業主) 氏名

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