

【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	千円	常務理事	事務長	担当者
	A	出産育児一時金 (法定給付費額)		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 年 月 日
	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 **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 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	日揮太郎		④ 生年月日	昭和 平成	58年1月18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	日揮花子	① 生年月日	昭和 平成	61年3月15日
	⑥ 申請者の住所	〒				
	⑦ 出産した年月日	令和 1年10月25日	⑧ 死産のときはその旨	該当なし	⑨ 妊娠経過期間	10か月 2週
	⑧ 入院して出産したとき その病・産院の	⑩ 名称	〇〇産婦人科病院			
		⑪ 所在地	横浜市港南区上大岡〇-〇-〇			
	⑨ 出生児の氏名	日揮一郎	⑫ 被保険者との 出生児の関係	長男	⑬ 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	該当なし				
	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	〇〇〇〇健康保険組合	電話番号	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
	退職日	令和 1年 5月 31日	被保険者証の記号番号	記号	×××	
			番号	〇〇〇		
	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	日揮花子	

委任状	被保険者	氏名	日揮太郎	(印)	代理人	(住所) 氏名	(印)
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

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