

健康保険（被保険者・家族）出産育児一時金差額（内払金）支払依頼書

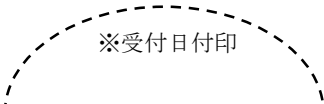
被保険者情報	被保険者等	記号		番号		氏名	
	住所		TEL ()				

対象者情報	家族の出産の場合	氏名				被保険者との続柄	
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数	死産児数	死産の場合の妊娠経過期間	満 週	
			人	人			
	出産児の氏名					被保険者との続柄	
	出産した医療機関等	名称					
		所在地					
	出産した方	●被保険者 → 資格喪失後の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合加入後6か月以内の出産ですか。				☐ はい ☐ いいえ	
はいの場合		●被保険者 → 現在加入している健康保険について			保険者名		
		●被扶養者 → 以前加入していた健康保険について			記号・番号	—	

【添付書類】 ①医療機関から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し(「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字・スタンプされたもの)
②医療機関と交わした『合意文書』の写し
【注意事項】 ●被保険者が資格喪失後の請求の場合は、「委任状」に替えて「支払金融機関の欄」に記入し請求してください。

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。		
	名称			
	氏名			
	被保険者氏名	令和 年 月 日		

令和 年 月 日 提出



被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 信金・信組 本・支店(所) (どちらか○印)		
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係	
	決裁日	令和 年 月 日					
	出産年月日	令和 年 月 日					
	支給額	法定	円	資格	取得	平・令 年 月 日	
		付加	円		喪失	令和 年 月 日	
		計	円	産科医療補償制度		対象 ・ 対象外	
備考							

健康保険(被保険者(家族)出産育児一時金差額(内払金)支払依頼書

被保険者情報	被保険者等	記号	901	番号	399	氏名	農業 米男
	住所		群馬県前橋市〇〇町410-3 TEL: 027 (123) 4560				

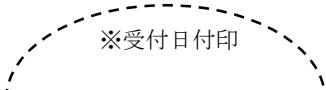
対象者情報	家族の出産の場合	氏名	農業 麦子		被保険者との続柄	妻
	出産した年月日	令和 6 年 12 月 2 日	生産児数	1 人	死産児数	死産の場合の妊娠経過期間
	出産児の氏名	農業 実			被保険者との続柄	長男
	出産した医療機関等	名称	〇〇病院			
		所在地	群馬県高崎市〇〇町119番地			
	出産した方	●被保険者 → 資格喪失後の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合加入後6か月以内の出産ですか。				☐ はい ☒ いいえ

はいの場合	●被保険者 → 現在加入している健康保険について	保険者名	
	●被扶養者 → 以前加入していた健康保険について	記号・番号	—

【添付書類】 ①医療機関から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し(「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字・スタンプされたもの)
②医療機関と交わした『合意文書』の写し
【注意事項】 ●被保険者が資格喪失後の請求の場合は、「委任状」に替えて「支払金融機関の欄」に記入し請求してください。

委任状	所在地 名称 氏名	給付金の受領を次の者に委任いたします。 ●●市●●町●●番地 〇〇農業協同組合 代表理事組合長 大地 耕作 令和 6 年 12 月 9 日
	被保険者氏名	農業 米男

令和 6 年 12 月 9 日 提出



被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 信金・信組			本・支店(所) (どちらか○印)
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号	
	預・貯金口座名義人	(フリガ)			

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	出産年月日	令和 年 月 日				
	支給額	法定	円	資格	取得	平・令 年 月 日
		付加	円		喪失	令和 年 月 日
		計	円	産科医療補償制度	対象	対象外
備考						