

健康保険 被保険者 出産育児一時金等 内払金額 支払依頼書  
 家 族 差 額

被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。			
	—	—				
被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		生年月日	昭 和	年 月 日	
				平 成		
被保険者 (申請者) の住所	(フリガナ)					
	〒 —					
TEL: ( )						
事業所名						
被扶養者が出産 するための請求 であるときは、 その被扶養者の	氏名			生年月日	昭 和	年 月 日
					平 成	
出産年月日	令 和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎( 児)・死産(妊娠 週)			
分娩費用	円 (医療機関等発行の明細書にある代理受取額を記載してください)					
※分娩した医療機関等に支払う額が1出産につき48.8万円未満の場合にのみ差額を振り込みます。 ※産科医療補償制度加入分娩機関で出産した場合は、1出産につき48.8万円に1.2万円を上限とした額が加算されます。						
金融機関名	店名	預金種目	口座番号			
銀行・金庫 信組・農協	本・支店	普通・当座				
口座名義人	(フリガナ)					

※ 振込先は、被保険者(申請者)の口座にしてください。

**添付書類について**

1. 分娩した医療機関等にて交付された出産費用の内訳を記した明細書の写しを添付してください。
2. 分娩した医療機関等にて交付された直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写しを添付してください。

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

／ 受付日付印