

被保険者
家族

出産育児一時金付加金請求書・差額申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—		事業所の名称		
	被保険者の氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
		電話番号				
	住所	〒 —				
	家族が出産した場合その氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	出産年月日	令和 年 月 日				
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (人)	<input type="checkbox"/> 死産 (人)	妊娠経過期間 満()週		
	出産した医療機関等	名称 所在地	直接支払制度の利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	出産した方が家族の場合 出産日は当組合に加入(扶養認定)後6カ月以内ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 当組合加入前の健康保険について(ア)(イ)(ウ)欄に記入してください <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 記入不要です			出産した方が当組合の元被保険者(退職者)の場合 出産日は退職後6カ月以内ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 出産日に加入している健康保険について(ア)(イ)(ウ)欄に記入してください ※6カ月を超えた場合は当組合に請求できません		
	(ア) 健康保険の名称		(イ) 記号—番号	(ウ) 加入時の氏名		

この申請書の出産について、
(ア) 欄に記入した健康保険から出産育児一時金を

受けた/受ける予定 ※二重請求はできません
 受けない

振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。⑤ 口座情報の反映には登録から数日を要します(利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)	
被保険者名義	銀行・信金・その他() 支店 普通預金 口座番号 フリガナ 口座名義	

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

注事事項 被保険者本人が資格喪失後に出産した場合は付加金の支給はありません。法定給付額との差額がある場合のみ、差額申請書としてご提出ください。

健保組合記入欄	
① 医療機関への直接支払額	円 資格取得(扶養認定)年月日
② 法定分差額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円 昭・平・令 年 月 日
③ 付加金	円 資格喪失年月日
④ 被保険者宛振込額 ②+③	円 令和 年 月 日
(法定+付加) 合計額 ①+④	

