

健康保険被保険者家族出産育児一時金内払金支払依頼書
差額申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)					
	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令	年	月	日
	住 所	〒 — 都・道 府・県							
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()			
					提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は ☒)			

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日	
		代理人 (口座名義人)	住所						
			氏名	被保険者との関係()					

申請内容	出産した方 (どちらかに ☒)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)											
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()					
	出産した年月日	平・令	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週	
	出産した 医療機関等	名称	所在地										
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合		▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。									

*ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。