# 出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

電設工業 健康保険組合｜業務部 給付課 03-3265-0305

**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**

❶ 健康保険の　記号 987　番号 654321　生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

❷ 氏名・印　（フリガナ）ケンポ ハナコ
健保 花子　❸ 印　← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。

住所　〒110－0000　東京 都・道・府・県 墨田区○○ ×－×
□□マンション×××号　電話番号（日中の連絡先）090（1234）○○○○

事業所名称　（株）○○○○　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（　）
△△△△　支店・本店・出張所・その他（　）
預金種別　普通・当座
口座番号　1234567
口座名義（カタカナで記入）　ケンポ ハナコ
口座名義区分　被保険者（申請者）・代理人

**委任状**

❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。

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
氏名・印　印

代理人（口座名義人）　住所
氏名・印　印　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）

❺ 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　令和 ○ 年 1 月 15 日　生産児数 1 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 ○○産婦人科医院　所在地 東京都△△区○○ ×－×－×

❻ 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。

❼ マイナンバー記入欄（健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。）
マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）
□ 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。
※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印

**電設工業 健康保険組合**　（令6.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 健康保険の記号及び番号は、「資格確認書」「資格情報通知書(資格情報のお知らせ)」に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
申請者が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。

❸ 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）の印もれにご注意ください。
また、代理人（口座名義人）の印は、被保険者（申請者）の印とは別のものをご使用ください。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類（戸籍謄本等の原本）の添付が必要です。

❺ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❻ 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る（いた）場合は、別途、**「健康保険等加入状況の申告」**を添付してください。

❼ ❶の健康保険の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
また、マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓をご記入ください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
※ 公金受取口座を利用する場合、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

**添付書類**（次の①から③のすべての書類が必要となります。）

**① 医療機関等から交付された合意文書の写し**
直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの

**② 出産費用の領収・明細書の写し**
注：産科医療補償制度対象分娩の場合は、産科医療補償制度に加入している医療機関であることを証明するスタンプが押印されたものとなります。

**③ 出産日等を確認できるもの**
母子手帳の写しなど（ただし、上記②の書類にて確認できる場合は添付不要）

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。