

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	被保険者証	記号 1***	被保険者氏名 横浜 亜依
	番号	999***	

下記のとおり出産一時金支給を申請します

出産した方	☒ 被保険者	・	☐ 家族 (氏名:)	続柄:)
出産した方の生年月日	昭和 4 年 3 月 21 日			
出産日	令和 3 年 2 月 7 日	出生児の氏名	横浜 ゆたか	
生産または死産の別	☒ 1. 生産	☐ 2. 死産	☐ 3. 生産・死産混在	
「1.生産」の場合出生人数	1 人	「2.死産」の場合死産児数	人	「2.死産」の場合 妊娠経過期間 満 週
医療施設	名称 △△大学医学部付属病院	所在地	神奈川県横浜市*区**〇〇丁目〇番	
被保険者の出産の場合、在職中の出産ですか	☒ はい (以下記入不要)	☐ いいえ	(現在加入している保険者(健保組合)等を、下記に記入してください)	
出産当日加入している保険者 (健保組合等)	保険者名	記号・番号	電話番号	()
上記の保険者からの出産育児一時金について	☐ 受給した/受給予定(請求中)	☐ 受給しない/請求しない		

※ 保険証の記号「
上記以外の方は、保険証の記号が「1300」の方と、請求時に退職されている方は
①に被保険者名義の振込口座を記入してください。

① 振込先口座	金融機関	口座番号	(フリガナ) 口座名義	口座名義 の区分	普通 2. 当座 1. 申請者 2. 代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。					
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 3 年 4 月 7 日				
	被保険者 (申請者)	住所	神奈川県横浜市**区****〇丁目〇番〇号 横浜 亜依		
【被保険者のマイナンバー記入欄】	マイナンバーで申請の場合、マイナンバーを記入してください。 2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。				

保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、
②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。

以下、いずれかに証明を受けてください。注) 市区町村の証明欄は、生産の場合のみに限ります。

【差額申請書として提出する場合】 医療施設による出産証明、または市区町村による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

医療施設の証明欄	出産者氏名	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数 ☐ 単胎		週)
	上記のとおり 令和 年		
市区町村の証明欄	母の氏名	出生年月日	月 日
	上記のとおり相違ないこと 令和 年 月 日	市区町村長名	(印)

医療施設(医師・助産師) または 市区町村
いずれかで 証明を受けてください

【内払金支払依頼書として提出する場合の添付書類】

- (1)医療施設から交付を受けた「領収・明細書」※専用請求書の内容と相違ない旨記載されていること
(産科医補制度対象分娩については、制度のスタンプが押印されたもの)
- (2)医療施設との「直接支払制度合意文書」
(直接支払制度を利用する旨および請求先の保険者が当健保である旨を記載したもの)

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合