

健康保険 被保険者 家族

出産育児一時金(差額)請求書  
(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

ご確認ください



提出先：派遣会社在籍中 派遣会社の社会保険事務担当部署、任意継続期間中または退職後 当組合給付課  
 直接支払制度利用の代理受取額(領収書・明細書で確認)が42万円の場合は申請できません。  
 医療機関等から交付される「代理契約に関する文書の写し」を添付してください。  
 退院時に精算をした出産費用の「領収・明細書(出産日・出産児数・代理受取額等の記載のあるもの)の写し」を添付してください。  
 在職中に氏名変更の手続をしていない場合は婚姻受理証明等の「旧姓・新姓両方が確認できる公的書類」を添付してください。

健康保険証 記号 番号 ② 所属する派遣会社 名称 所在地		① 生年月日 昭和 平成 年 月 日		⑤ 日中連絡のとれる電話番号	
③ 被保険者の(請求者)氏名と印 (フリガナ)		④ 生産児数 ① 死産児数 人 人		① 死産のときはその旨と妊娠経過期間 (妊娠 月・ 週)	
④ 被保険者の(請求者)住所 郵便番号 (フリガナ)		⑥ 出生児の氏名 (フリガナ)		⑦ 被扶養者(家族)が出生した場合 氏名 (フリガナ) 続柄 生年月日 昭和 平成 年 月 日	
③ 出産年月日 平成 年 月 日		⑧ 支払金融機関の欄 銀行 庫協 農 本店 出張所 支店 営業部 支店コード		⑨ 受取代理人の欄 振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 委任者と代理人との関係 平成 年 月 日 被保険者(請求者) 氏名 住所 〒 代理人の氏名と印 (フリガナ) 代理人の住所 (フリガナ)	
⑩ 預金種別 1: 普通 口座番号		⑪ 口座名義人(請求者) (カタカナで記入)		⑫ 健康保険 記入欄 資格取得(認定)日 年 月 日 現存 資格喪失(削除)日 年 月 日 喪失後 法定 円	

受付日付印 平成 年 月 日提出