

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	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
		(押印不要)			
	住所	〒	—	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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
		口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人	
	※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)			

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 氏名 ㊞
		代理人 (口座名義人)	事業所住所
			事業所名

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。									

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印