

直接支払制度利用 被保険者 出産育児一時金差額(内払金)支払依頼書
 家族

健保組合受付印

中部アイティ産業健康保険組合 御中

請 求 者 の 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	—				請求年月日	年	月	日
	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 被保険者のマイナンバー記入欄								
	事業所名					被保険者名			
	分娩年月日	年 月 日 生産・死産(ヵ月)				<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。 (利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	分娩者	氏名					銀行保 険者 口座 番号	銀行	本店
		生年月日	年 月 日					普通	支店
		続柄					フリガナ 口座名義	農協	出張所
	住所					〒 -			
	連絡先					() -			
	(被保険者が出産したとき) 資格喪失後の出産ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に資格喪失後に加入 している健康保険組合についてご記入下さい。					い ざ れ か	・協会けんぽ () 支部 ・健康保険組合 () 健康保険組合 ・国民健康保険 市町村名 ()		
(家族が出産したとき) 家族が退職後6カ月以内の出産ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に退職前に加入 している健康保険組合についてご記入下さい。					被保険者の氏名 () 記号・番号 (-)				
出産した医療機関		名称 所在地 電話番号							

(注) 1. 直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用が50万円(産科医療補償制度に未加入の場合は48.8万円)未満の場合は、出産育児一時金の差額(内払金)を請求することができます。

2. 希望振込銀行は、被保険者名義の口座をご記入下さい。

3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しと合意文書の写しを添付してください。

※領収・明細書……「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されていること確認して下さい。

また、産科医療補償制度に加入している医療機関等で分娩した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記されていることを確認して下さい。

健 保 組 合 処 理 欄	本 人	資格取得	年	月	日	支給決定日	年	月	日	
		資格喪失	年	月	日	支給日	年	月	日	
	被 保 険 者	被保険者期間	1年以上 有・無 (年 月 日取得)				領収・明細書金額	円		
							差額支給額	円		
	被 扶 養 者	認定日	年 月 日				常務理事	事務長	担当	確認
		(協会けんぽ)	年 月 日							
直接支払による 出産育児一時金		支払月	年 月							
		専用請求書金額	円							