

出産育児一時金 内払金支払依頼書/差額申請書 記入例

パッケージ工業健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

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	① 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	② マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)		
	③ 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭(平) 〇〇年 〇月 〇日	
	住所	〒 110-0000 東京都 墨田区 〇〇 X-X 〇〇マンションX X X号	電話番号 (日中の連絡先)	090(1234)〇〇〇〇	
	事業所名称	(株)〇〇〇〇	提出委任	<input type="checkbox"/> 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	〇〇〇〇 (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	1234567	
委任状 ④	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
	代理人 (口座名義人)	住所	氏名 被保険者との関係		
申 請 内 容	⑤ 出産した方 (どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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	平成 〇〇年 1月 15日	生産児数	1人	死産児数
⑥ 他の健康保険 などに加入	医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院	所在地	東京都△△区〇〇 X-X-X	
	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。			

*ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことを確認のうえご申請ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

パッケージ工業健康保険組合

(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。)

- 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル(資格情報画面)」にてご確認ください。
- ①の被保険者等記号・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。(住所、振込先口座も同様です。)
- 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。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 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。
- 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。

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 出産費用の領収・明細書の写し**
出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度実施要綱に基づき作成された明細書の写し
- ② 医療機関等から交付される合意文書の写し**
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健保組合が記載されているもの
- 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①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。