

**被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 内 払 金 支 払 依 頼 書**  
**家 族 差 額 申 請 書**

<確認欄>この申請書について、下記①又は②の要件を確認して✓を入れてください。	
<input type="checkbox"/>	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※健保組合から医療機関等へ出産費用が振り込まれる前に差額の支払いを希望される場合は、「内払金支払依頼書」に○を、振り込まれた後に差額の支払いを希望される場合は、「差額申請書」に○をしてください。

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

<b>被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ</b>	① 被保険者等の記号と番号		② 被保険者の氏名		③ 生年月日		
	記号	番号			年	月	日生
	④被保険者の現住所・電話番号		〒 ( ) TEL ( )				
	⑤勤務している又はしていた事業所の名称						
	⑥出産した年月日		年 月 日		⑦死産のときはその旨		
	⑧出産した病院・産院等の名称・所在地		名 称		所 在 地		
	⑨被扶養者が出産したための請求であるとき		氏 名		生 年 月 日		年 月 日
	⑩ 出生児の氏名		⑪ 被保険者と出生児との続柄		⑫ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある ない
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由			⑭ 他の制度から給付を受けているかどうか		受 け て い る 受 け て い な い	
	⑮ 被保険者が出産した場合		該当する支給要件はどちらですか ア 被保険者期間中の出産 イ 資格喪失後6ヵ月以内の出産 (資格喪失後加入している医療保険制度を⑰～⑳に記入してください)		⑯ 家族(被扶養者)が出産した場合		家族があなたの被扶養者になった時期 ア 出産日より6ヵ月以上前 イ 出産日より6ヵ月以内 (セコム健保の扶養者になる前に加入していた保険を⑰～⑳へ記入してください)
	⑰ 健保・国保(市区町村)名		⑱ 左記の連絡先		⑲ 被 保 険 者 氏 名		⑳ 被保険者証の記号・番号
			TEL				
	㉑ 振込希望金融機関名						
	金 融 機 関				金融機関コード		
	店 名				支 店 コード		
	預 金 の 種 別		普通・当座		口 座 番 号		
	フリガナ						
	口 座 名 義						
	㉒ 被保険者名義以外の口座に振込みを希望するときは、下記 ㉓ 委任状に記入してください。 <お振込先の確認のため、お手続きにお時間をいただく場合がございます。予めご了承ください。>						
	㉓ 委 任 状 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日						
被保険者		住所					
		氏名					
代理人		住所					
		氏名					

※添付書類

医療機関等から交付される出産費用の領収明細書のコピー〔直接支払制度に用いる「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されているもの〕を添付してください。

(注) 女子被保険者が退職し、その後6ヵ月以内に出産した場合、又は家族を扶養に入れて6ヵ月以内に出産した場合は、⑭から⑳欄は必ず記入ください。重複支払防止のため、お問い合わせさせていただく場合がございます。ご理解のほどよろしく願いいたします。