

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 差額支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社			
	被保険者	氏名	〇木 〇人		生年月日	昭和 62 年 10 月 16 日		
		連絡先電話番号	03 (3000) 0000					
		住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇					
	出産した方 (被保険者が出産した 場合は記入不要)	氏名	〇木 〇子		生年月日	平成 2 年 7 月 12 日		
		被保険者との続柄	妻					
		扶養認定後 6 ヶ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間	△×□		健康保険組合・全国健康保険協会 国民健康保険・共済組合	加入期間	約 2 年 6 ヶ月	
	出生児	氏名	〇木 〇太		生年月日	令和 4 年 1 月 5 日		
		被保険者との続柄	長男					
	受 取 方 法	【在籍中の方】 会社へ委任 してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名 〇木 〇人					
【退職後の方】 振込先を記入 してください (任継者は記 入不要。登録口 座へ振込)		銀行・信金 信組・農協	本店 支店		普通・その他 ()			
		口座 番号	(フリガナ) 口座名義	()				
<p>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)</p> <table border="1"> <tr> <td>備考欄</td> <td></td> </tr> </table>							備考欄	
備考欄								

【申請上の注意】

生年月日は元号でご記入ください。
 直接支払制度により三井健保が医療機関等へ支払う一時金額が上限額（産科医療補償制度加入医療機関等は 50 万円、未加入医療機関等は 48 万 8 千円）に満たなかった場合のみ、その差額を支給します。
 ※令和 5 年 3 月 31 日までの出産は上限額 42 万円（産科医療補償制度未加入医療機関等は 40 万 8 千円）です。

【添付書類】

- 病院、診療所、助産所等が発行する出産費用の「領収・明細書（以下の項目が記載されているもの）の写し」を添付してください。
 (1) 出産年月日 (2) 出産児数 (3) 医療機関等の代理受取額
- 被保険者の資格喪失後の出産による場合は、出産日に加入している健康保険の被保険者証の写しを添付してください。