

記入例

直接支払制度を利用された方の申請書

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			
	被保険者の	氏名	〇木 〇人 (印)		生年月日	昭和 57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						
	被扶養者が出産した場合はその方の	氏名	〇木 〇子		生年月日	昭和 60年 7月 12日	被保険者との続柄	妻
		認定後6ヵ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ヵ月	
	出生児の	氏名	〇木 〇太		生年月日	平成 26年 1月 20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 (印)				
	【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	当座		
	口座番号	(フリガナ) 口座名義		()				

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。)

備考欄

【申請上の注意】

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42万円、未加入医療機関等は40万4千円）に満たなかった場合のみ、その差額を支給します。

【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
*産科医療補償制度加入医療機関等で出産した場合には、証明となるスタンプが押印されたもの。
- 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。