

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金・同付加金 内払金支払依頼書 差額申請書

①	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所名			
	被保険者 (申請者) 氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日
	被保険者 (申請者) の現住所	〒			電話 (日中の連絡先)	( )
	被扶養者の方が 出産したときは その被扶養者氏名	続柄		生年月日	昭和・平成 年 月 日	

② 振 込 口 座	● ゆうちょ銀行以外の方					
	銀行・信金 信組・農協 本店・支店 出張所	普通 当座 ( )	店番号	口座番号	口座名義	
					フリガナ	
● ゆうちょ銀行の方						
ゆうちょ銀行		記号	口座番号	口座名義		
				フリガナ		

※ 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

東京金属事業健康保険組合

③ 委 任 状	本依頼書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					
	被保険者 (申請者)	住所	〒			
		氏名	Ⓜ			
	受領代理人	住所	〒			
		氏名	Ⓜ (被保険者のⓂと別のⓂを押してください)			
委任者と代理人との関係		電話 (日中の連絡先)		( )		

受付日付印

この依頼書は、出産育児一時金の直接支払制度を利用された方のうち、以下についての支払いをするためのものです。

- ・女性被保険者に対する出産育児一時金付加金 52,000円
- ・出産に要した費用が出産育児一時金 420,000円\*未満であった場合はその差額
  - \*産科医療補償制度対象外の場合
    - ・令和3年12月31日までの出産については、404,000円
    - ・令和4年1月1日以降の出産については、408,000円

提出に際しては、医療機関が発行する領収・明細書(出産日・産科医療補償制度加入機関のゴム印があるもの)の写しを添付してください。