

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	金融機関 コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)	預金種別	支店番号
			普通 当座	口座番号

※ 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。

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	東京金属事業健康保険組合	
	被保険者 (申請者)	住所	〒		受付日付印	
	氏名					印
	受領代理人	住所	〒			印 (被保険者の印と別の印を押してください)
		氏名				
	委任者と代理 人との関係		電話 (日中の連絡先)	()		

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 500,000円* (産科医療補償制度対象外の場合は488,000円)未満であった場合はその差額
- * 令和5年3月31日までの出産は、出産育児一時金・家族出産育児一時金は420,000円(産科医療補償制度対象外の場合は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** **生まれた子どもの人数** **代理受取額** の記載があり、 **産科医療補償制度加入機関のゴム印** が押されたもの)の写しを添付してください。