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	被保険者等の記号・番号	記号		事業所名			
		番号					
	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（カタカナで記入）			預金種別	支店番号	口座番号
				普通 当座		

※ 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	被保険者（申請者）	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	
		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）（　　）

東京金属事業健康保険組合
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　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。

R6.12.2