

記入例

※ 直接支払制度を利用しない場合、受取代理制度を利用する場合は別の申請書となります

健康保険 出産育児一時金・付加金内払支払依頼書・差額申請書

直接支払制度
利用あり

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者証の 記号・番号	記号 50	②被保険者氏名 (申請者)	健保 太郎					
		番号 54321							
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000		TEL 03 (× × × ×) × × × × 東京都大田区〇〇〇—〇〇〇					
	④被保険者生年月日	昭和 平成 5 年 1 月 25 日	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社					
	⑥出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) → 被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい							
		被扶養者氏名	健保 華	被扶養者 生年月日	昭和 平成 5 年 10 月 20 日				
	⑦出産年月日	令和 3 年 7 月 15 日							
	⑧生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 混在	生産 児数	1 人	死産 児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	妊娠	週
	⑨備考								

給付金受取先	⑩委任状	被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。				
		代理人	氏名	電話番号	住所：「被保険者(申請者)」		
	⑪振込口座	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	※カタカナで記入してください	

氏名：**健保 太郎** 住所：「被保険者(申請者)」

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

在籍者の方は、代理人、振込先口座欄の記入は不要です。