

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被保険者等 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 (XXXX)XXXX		
		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 6 年 12 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	
⑨備考						

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。

給付金受取先	⑩委任状	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。			
	被保険者 (申請者)	<input checked="" type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「⑩振込口座欄」の記入は不要です)			
		氏名:	健保 太郎	住所:	「被保険者(申請者)住所」欄と同じ
	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
		口座番号	※カタカナで記入してください		
		口座名義			

在籍者の方は、振込口座欄の記入は不要です。

— 受付印 —

健保使用欄	受理決定日	年 月 日	支給額	円	常務理事	事務長	事務次長	担当
	支払日	年 月 日						
	資格取得日	年 月 日	内	一時金	円			
	資格喪失日	年 月 日						
	扶養認定日	年 月 日						