

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 [内払金] 支払依頼書

◎ この支払依頼書は、医療機関等が直接支払制度により請求した出産育児一時金の代理受取額が50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合は48万8千円）未満であるときに、その差額を内払金として受けるための依頼書です。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (日中の連絡先)	( )
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

申 請 内 容	出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日 年 月 日 続柄( )	
	出産した年月日	年 月 日	生産児数 人 死産児数 人	死産のとき (妊娠経過期間) 月 週
	出産した 医療機関等	名称	所在地	
	出産にかかった 費用	円	※医療機関が発行した明細書の「妊婦合計負担額」をご記入ください。	
	硝子健保を資格 喪失後6ヶ月以内 に、他の健康保険 などに加入し出産 した場合	出産日時時点で加入 している健康保険に ついてご記入ください	保険者名 (健保組合・国保等)	保険者の 電話番号
		被保険者等 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名

## 【添付書類】

受付日付印

### ① 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し

「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が  
印字やスタンプ等により明記されたもの

### ② 医療機関等との「直接支払制度合意文書」の写し

「直接支払制度を利用する旨」の記載がされているもの

### ③ 振込先口座の通帳の写しまたはキャッシュカードの写し(被保険者名義の口座に限ります)

※海外にて出産された方は、内払金の対象にはなりません。

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

※消せるボールペンでの記入はしないでください。