

出産育児一時金 [内払金] 支払依頼書 記入例

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

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	1 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称	△△ガラス株式会社
	2 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	平成 3 年 5 月 1 日
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区×× 1-2-3 □□マンション457	電話番号 (日中の連絡先)	080 (1234) 5678
			提出委任	<input checked="" 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✓)

3 振込先	金融機関名称	〇〇〇 銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通 当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△ ケンポ タロウ	支店・本店・出張所 その他()	口座番号

4 申請内容	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)						
	家族の場合は その方の	氏名	健保 花子	生年月日	平成 5 年 7 月 1 日	続柄()	妻	
	出産した年月日	令和 7 年 3 月 1 日	生産児数	1 人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月 週
	出産した 医療機関等	名称	〇〇総合病院	所在地	東京都△△区××1-1			
出産にかかった 費用	453,200	円	※医療機関が発行した明細書の「妊婦会計負担額」をご記入ください。					
4 硝子健保を資格 喪失後6か月以内 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)	被保険者等 記号・番号	記号	番号	保険者の 電話番号	被保険者氏名	

【添付書類】

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あることを証明する所定の印」が押印されているもの

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」の記載および「保険者名に全国硝子業健康保険組合」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。

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所、振込先口座も同様です)。また、戸籍謄本等の原本(被保険者との続柄がわかるもの)を添付してください。
- 給付金の振込先をご記入ください。(被保険者名義の口座に限ります)
通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し(銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの)を添付してください。
- 硝子健保を資格喪失後6か月以内に、別の健康保険などに加入し出産した方は、出産日時点で加入している保険者(健保組合、国保等)の情報をご記入ください。

* 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、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

* 消せるボールペンは使用しないでください。

* 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類

・ 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あることを証明する所定の印」が押印されているものを添付してください。

・ 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」の記載および「保険者名に全国硝子業健康保険組合」の記載がされているものを添付してください。