

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者が記入するところ	被保険者の	健康保険被保険者証の			事業所名(または勤務していた事業所名)					
		記号		番号		名称				
		氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒					電話番号			
							()			
	出産された方の	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日
子の氏名					出産日	平成	年	月	日	

受取代理人の欄	本請求に基づく内払金に関する受領を代理人に委任します					受領委任する場合、 の は 同一の印鑑でご捺印ください				
	被保険者 (請求者)	氏名								
	代理人の	住所				氏名				

受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支払金融機関欄	金融機関コード				支店番号						
					銀行 金庫 信組					本店 支店 出張所	
	口座番号	普通	・	当座	・	他	()				
	口座名義 (カタカナで)										

ご記入・ご提出の際には、必ず裏面の留意事項をご確認下さい。

[添付書類] 出産費用の領収書(写)
合意文書(写)

受付日付印

留意事項

・「出産育児一時金等内払金支払依頼書」は、直接支払制度利用時の出産育児一時金の差額分を請求するための申請書です。

・ 出産育児一時金(差額分)は、直接支払制度を利用し、出産に要した費用が42万円(産科医療補償制度未加入の場合は39万円)未満の場合に請求することができます。

例) 産科医療補償制度加入医療機関にて出産費用が40万円であった場合、

$$42万円 - 40万円 = \boxed{2万円}$$

上記より2万円の差額を健保組合に請求することができます。

・ 申請には、下記の添付書類が必要です。

医療機関等から交付される **出産費用の領収・明細書(写)**
合意文書(写)

・ 被保険者の資格喪失後の出産による請求の場合は、上記の他にも添付書類が必要です。
出産日に加入している健康保険等の【被保険者証(写)】

[問合せ先・書類提出先]

全日本理美容健康保険組合

〒103-0011

東京都中央区日本橋大伝馬町1-7

イトーピア大伝馬町ビル4F

Tel: 03-6661-6106

Fax: 03-5652-5757