

# 出産育児一時金等内払金支払依頼書

※申請書は黒のボールペン(消えないペン)でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		番号		事業所名(または勤務していた事業所名)				
						名称				
	被保険者氏名					生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者住所	〒					電話番号			
		—								
出産された方の の氏名					生年 月日	昭和 平成	年	月	日	
生産または 死産の別	生産・死産 生産死産混在	死産の場合、 妊娠からの週 数及び日数	満	週	出産日	令和	年	月	日	
			(	)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	
	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ご記入ください。

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							
	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ください。

【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50万円(産科医療補償制度未加入の場合は48.8万円)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48万円であった場合、

$$50万円 - 48万円 = \boxed{2万円}$$

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。

※令和5年3月末日までの出産は、1児につき42万円(産科医療補償制度未加入の病院で出産した場合や同制度の対象外の出産の場合は40.8万円)が支給されます。

- ・ 申請には、下記の添付書類が必要です。

- ・ 医療機関から交付された「直接支払制度を利用した(する)」旨の文書(写)
- ・ 医療機関の領収明細書(写)

(産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、産科医療補償制度の対象分娩である旨、印字やスタンプ等により明記されたもの)

- ・ 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

日本橋ノースプレイス4F

Tel:03-6661-6106

Fax:03-5652-5757