◆ 直接支払制度を利用された方の申請書

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 差額支給申請書

生長会健康保険組合

被保険者の記入欄

被保険者の記号・番号	記号	番号	事業所名	
被保険者の	氏名		生年月日	連絡先電話番号
			昭和・平成 年 月 日	TEL ( )
	住所			
	〒 —			
被扶養者が出産した場合はその方の	氏名		生年月日	被保険者との続柄
			昭和・平成 年 月 日	
	認定後6カ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間			
	健康保険組合 ・ 全国健康保険協会 国民健康保険 ・ 共済組合		加入期間 約 年 ヶ月	
出生児の	氏名（フリガナ）		生年月日	被保険者との続柄
			令和 年 月 日	

振込口座

※被保険者本人名義の銀行口座をご記入ください。

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
（利用する場合 ☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

預金種別	普通・当座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店
口座番号		口座名義（カタカナ）	

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任いたします。

令和 年 月 日

被保険者 住所

（請求者）

氏名

代理人の氏名と印	フリガナ	委任者と代理人の関係	令和 年 月 日 提出
			受領日付印
代理人の住所及び電話番号	電話番号 ( )		

【申請上の注意】

直接支払制度により、生長会健保組合が医療機関へ支払う一時金額が、上限額（産科医療保障制度加入医療機関等は50万円、未加入医療機関等は48万4千円）に満たなかった場合にのみ、その差額を支給します。

【添付書類】

◇ 病院、診療所、助産所等が発行する出産費用の「領収・明細書(以下の項目が記載されているもの)の写し」を添付してください。
①出産年月日 ②出産児数 ③医療機関等の代理受取額
※産科医療保障制度加入医療機関等で出産した場合には、証明となるスタンプが押印されたもの。

◇ 被保険者の資格喪失後の出産による場合は、出産日に加入している健康保険の被保険者証の写しを添付してください。

被保険者のマイナンバー記載欄 （保険証の記号番号を記載すれば不要です）										