

## 健康保険 出産育児一時金等内払金(差額) 支払依頼書

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	② 事業所名	
	被保険者(申請者)の氏名・住所	③ 氏名	(フリガナ)		④ 住所	郵便番号 □□□-□□□□
	⑤被扶養者が出産のとき家族氏名・生年月日		氏名	生年月日		昭和 平成 年 月 日
	⑥ 給付金(差額)の受領方法	受取代理人	*代理人に委任する方は記入してください この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____			
振 込 希 望 金 融 機 関						
【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】 普通・当座						
フリガナ( ) ( )		銀行 信用金庫		支店		店番 _____
				フリガナ ( )		口座番号 _____
※支給金額		円 口座名義人氏名 _____				

### 【提出にあたって(記入上の注意など)】

1. ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
2. 添付書類は次のとおりです。  
**《添付書類》**
  - ◆ 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
  - ◆ 分娩費内訳明細書(領収書)の写し〔産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要〕
3. 出産費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は40万4千円)未満の場合にご提出ください。
4. 同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の両方の給付を受けることはできません。

◎提出先      〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25久我ビル南館8階  
 大阪府木材健康保険組合

受付年月