

支給決定伺				支給決定金額	円
常務理事	事務長		係	分娩日	年 月 日
				資格取得日	年 月 日
				資格喪失日	年 月 日

出産育児一時金等内払金支給申請書

被保険者証の記号－番号		被 保 険 者 氏 名			分娩者の氏名および生年月日	
記号	番号				昭・平 年 月 日	
分娩年 月 日		妊娠週数および出産児数			生産または死産の別	
年 月 日		週 日 単胎 ・ 双胎 (人)			生産 ・ 死産	
被保険者の現住所		〒 ー TEL ()				
医療機関の名称						
支払希望口座		銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義
				普 当		カガナ.....
受領委任する場合		委任者	氏 名			
		受領者	住 所			
			氏 名			
次に該当する場合は以下にご記入ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者の方で、今回の出産が当組合資格喪失後6ヶ月以内の場合は、現在加入の健康保険名称、保険証記号・番号 ・被扶養者の方で、今回の出産が当組合資格取得後6ヶ月以内の場合は、当組合加入前の健康保険名称、保険証記号・番号 						
健康保険名称					保険証記号・番号	
※上記健康保険からも出産育児一時金が受給できる場合がありますが、重複請求はできません。						

- ◇この申請書は、医療機関等への直接支払制度を利用したが、出産費用が50万円未満のときに出産育児一時金との差額を請求するときに使用します。(産科医療保障制度に加入していない医療機関等において出産された場合、または加入している医療機関等であっても在胎22週未満の出産の場合は48万8千円となります。)
- ◇この申請書には、医療機関等から交付された領収明細書の写し(産科医療保障制度の対象分娩の場合は所定印が必要)および直接支払制度利用の合意文書の写しを添付してください。
- ◇内払金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受領委任する場合」欄に必要事項を記入してください。