

支給決議書	資格取得	年 月 日	支 払 額				常務理事	事務長	課 長	係 長	担当者
			被保険者 被扶養者	出産育児一時金							
	資格喪失	年 月 日	被保険者 被扶養者	出産育児附加金							

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等

内 払 金 支 払 依 頼 書
差 額 申 請 書

被保険者（申請者）が記入するところ

①	被保険者の記号・番号	記号		②	事業所	名称	
		番号			所在地		
③	被保険者（申請者）の氏名	フリガナ					
④	被保険者（申請者）の住所	〒	—				
⑤	被扶養者が出産した時	フリガナ		生年月日		年	月 日
		氏 名					
⑥	出産年月日	年 月 日	⑦	生産・死産の別	☐ 生産 ☐ 死産(妊娠 週)	⑧	出生児数 人
						⑨	死産児数 人
⑩	出生児の氏名	フリガナ					
		※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。					
⑪	出産した医療機関等	名称		所在地	〒	—	
⑫	退職等により当組合の資格を喪失後6ヶ月以内の被保険者が出産した場合	現在の保険者名		記号		番号	
							⑭ 同一の出産について⑫又は⑬の保険者より出産育児一時金を
⑬	当組合に加入後6ヶ月以内の被扶養者が出産した場合	前の保険者名		記号		番号	
							☐ 受給した／受給予定 ☐ 受給しない

☐ マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座（公金受取口座）」を利用します。（利用する場合は☒）
注)口座情報の反映に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。

上記のとおり申請します。	年 月 日	被保険者 (申請者)	住 所 氏 名 電話番号	払渡希望銀行			
				銀行	店		
				預金種別			
				口座名義			
				口座番号			
受取代理人の欄	山形県自動車販売健康保険組合 理事長 殿			受付日付印			
	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 氏名 (申請者) 代理人 氏 名 (口座名義人) 電話番号						

裏面もご覧下さい。

<差額申請書の添付書類>

1. 医療機関等より交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付して下さい。

※産科医療補償制度加入機関で分娩した場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記されている領収・明細書を添付して下さい。

<内払金支払依頼書の添付書類>

1. 医療機関等より交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付して下さい。

※産科医療補償制度加入機関で分娩した場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記されている領収・明細書を添付して下さい。

2. 医療機関等より交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー

<注意事項>

1. 原則、事業所を通して支給いたしますので、払渡希望銀行は記入不要です。受取代理人の欄を忘れずに記入お願いいたします。
2. 被保険者資格喪失後等の理由で、被保険者（申請者）へ直接支給する場合は、公金受取口座を利用又は払渡希望銀行を記入していただき、受取代理人の欄は記入不要です。