

健 保 使 用 欄							
受付No.	-	伺い日		支給年月日		支給額	

**健康保険 本人家族 出産育児一時金等(差額)支払依頼書**

\* 添付書類  
① 出産した医療機関等から交付される「直接支払制度合意文書」の写し  
② 出産した医療機関等から交付される「出産費用の領収・明細書」の写し

被 保 者 記 入 欄	被保険者等 記号番号	-		被保険者の 氏名			生年 月日	昭和 平成	年	月	日		
	被保険者の住所 電話番号	フリガナ 〒 - 電話 ( ) -											
	事業所の名称及び 課係名・電話番号	事業所名									メールNo.		
		課係名	電話 ( ) -										
	被扶養者(家族)が 出産した場合	氏名			生年 月日	昭和 平成	年	月	日				
	出産した医療機関等の 名称及び住所・電話番号	名称											
		所在地	〒 - 電話 ( ) -										
	出 産 日	令和	年	月	日								
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。												
	申請者本人がヤマハ健康保険組合の被保険者資格喪失後6か月以内に出産することによる申請の場合、資格喪失後に加入している保険者名と住所及び保険証の記号・番号				保険者名								
保険者住所													
記号							番号						
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請の場合、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と住所及び保険証の記号・番号				保険者名									
				保険者住所									
				記号			番号						
<input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主へ委任します。(□に✓を入れてください)													

\* 被保険者等記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

受け取り代理人欄 (事業主)	住所										
	事業所名	事業所名をゴム印で押印してください									
	代表者名										

※退職後、任意継続に加入されない方のみ下記にご記入下さい。

振 込 先	金融機関名	支 店 名	預金種別	口座番号	名 義 人 名
			普通・当座		(フリガナ )

備考欄
-----

事業所担当者印	健保受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
被保険者等記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)