

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「代理契約に関する文書」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

申請者(被保険者)記入欄	被保険者証の記号番号	-		被保険者の氏名と印				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 ( ) -									
	出生児の氏名				出産日	平成	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				

\* 被保険者証の記号番号を訂正する場合には、被保険者の押印は不要です。\* 被保険者が自ら署名する場合は、訂正する場合は、訂正の押印は不要です。\* (修正液等不可)

委任欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を	(印) に委任します。									
	平成 年 月 日 被保険者氏名	(印)									

\*退職者及び退職予定の方は、下の振込依頼書に被保険者名義の口座をご記入下さい。

振込依頼書	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

被保険者証の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。  
被保険者証の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。)