

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**

出産される方が、被保険者本人(女性)か、ご家族かに○印をつけてください。

*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	被保険者証の記号番号	61 - 100100	被保険者の氏名と印	山葉 太郎 (山葉) (印)	生年月日	昭和 56年 5月 7日	
	被保険者の住所電話番号	〒 438 - 1234 磐田市見付1-1 電話 ( 0000 ) 00 - 0000					
	事業所の名称及び課係名・電話番号	事業所名	ヤマハ発動機(株)			メールNo.	
		課係名	生産1課			電話 ( 0000 ) 00 - 0000	01
	被扶養者(家族)が出産した場合	氏名	山葉 花子		生年月日	平成 60年 12月 24日	
	出産した医療機関等の名称及び住所・電話番号	名称	鈴木クリニック				
		所在地	〒 430 - 8650 浜松市中区中沢町10-1 電話 ( 053 ) 460 - 1581				
	出生児の氏名	山葉 一郎		出産日	平成 29年 3月 23日		
	記入欄	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。					
	入欄	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	〇〇〇健康保険組合			
			保険者住所	浜松市中区〇〇-〇〇			
			記号	101	番号	76543	
委任欄	本請求書に基づく (事業所名) 給付金の受領を		に委任します。				
	平成 29年 3月 26日		被保険者氏名 山葉 太郎 (山葉) (印)				

\*被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

添付書類は必ず添付してください。

出産される方が被保険者本人(女性)であり、左記に該当する場合に記入してください。

出産される方がご家族(女性)であり、左記に該当する場合に記入してください。

在職中の被保険者の方は、会社(事業所)で記入・押印してもらいます。

在職中の被保険者の方は、日付氏名を記入・押印してください。

\*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)

被保険者が退職者または退職予定の場合記入してください。

ただし、任意継続に加入されている方は、「ゆうちょ」の口座に振り込みますので、記入は不要です。

備考欄
-----

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。)

事業所担当者印	健保受付印
---------	-------