直接支払制度を利用された方の申請書

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名		
	被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号	
			年　月　日	（　　）	
		住所			
		〒　　―			
	出産した方 （被保険者が出産した場合は記入不要）	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
			年　月　日		
		扶養認定後６ヵ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間			
		健康保険組合 ・ 全国健康保険協会 国民健康保険 ・ 共　済　組　合	加入期間　約　年　ヵ月		
	出生児	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
			年　月　日		
	受取方法 【在籍中の方】 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名			
	受取方法 【退職後の方】 振込先を記入してください（任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　　）	
		口座番号		（フリガナ） 口座名義	（　　）

※年月日は元号でご記入ください。

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。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

【申請上の注意】

直接支払制度により三井健保が医療機関等へ支払う一時金額が上限額（産科医療補償制度加入医療機関等は 50 万円、未加入医療機関等は 48 万 8 千円）に満たなかった場合にのみ、その差額を支給します。

【添付書類】

●病院、診療所、助産所等が発行する出産費用の「領収・明細書（以下の項目が記載されているもの）の写し」を添付してください。

(1)出産年月日 (2)出産児数 (3)医療機関等の代理受取額

【留意事項】

●扶養認定後６ヵ月以内の出産、および資格喪失後の出産に係る申請の場合は、情報連携を用いた審査※を行います。

※番号法第十九条及び別表二において健康保険組合が情報連携できる根拠が定められています。なお、情報連携で確認した内容等は、今回の申請における審査以外に使用することはありません。