決議日付印

No.

直接支払制度利用者用

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 差額申請書 支給申請書

被保険者 申請者 情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
健康保険の（右づめ）			□昭和 □平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ）	都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

☑本申請書の提出を事業主へ委任します

申請内容

1	出産した者	□	1．被保険者　2．家族（被扶養者）		
	1ー① 家族の場合はその方の	氏名		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
2	出産した年月日	令和 年 月 日			
3	生産または死産の別	□	1．生産　2．死産　3．生産・死産混在		
	3ー① 「生産」の場合出征人数	□ 人	3-② 「死産」の場合死産児数	□ 人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
4	出生児の氏名				
5	出産した医療機関等	名称		所在地	
6	出産した方 ●被保険者 ➡退職後6ヶ月以内の出産ですか ●家族 ➡当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか	□	1．はい　2．いいえ		
	6ー① 「はい」の場合、『健保組合』と『記号・番号』をご記入ください	健保組合			
	●被保険者 ➡ 現在加入している健保組合について ●家族 ➡ 当組合加入前に加入していた健保組合について	記号		番号	
	6ー①-(1) 6ー①の健保組合より出産育児一時金を	□	1．受けた／受ける予定　2．受けない		

事業主が証明するところ

上記のとおり相違ないことを証明します。
委任を受けた出産育児一時金（家族出産育児一時金）の受領は
貴組合との間できめられている所定の方法で受領いたします。

令和　年　月　日

受任者　事業所　所在地
名称
氏名

電話　（　）

担当者名

対象者：以下2点をすべて満たす方
1.直接支払制度を利用した方
2.「差額」が発生した方(出産費用が50万円未満)
備考：当組合から病院へ支払う金額は1児につき50万円までです
但し、産科医療補償制度に加入していない医療機関で分娩される場合は48.8万円となります」

○添付書類
・医療機関から交付される「直接支払制度合意文書の写し」
・退院時に精算した出産費用の「領収、明細書の写し」

・健康保険の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

【健保使用欄】

支給・支払決議書					
伺年月日	令和 年 月 日				
支払額	百万	十万	万	千	百 十 円
法定(差額)					
分娩年月日	年 月 日				
資格 得	年 月 日	備考			
資格 喪	年 月 日				

常務理事	事務長	担当者

受付日付印　No.

太平洋セメント健康保険組合
（給）−2024.09