

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

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )	
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号		
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)			

委任状	□ 口座名義区分が 代理人の場合に ご記入ください	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係( )

申請内容	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)						
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄( )
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月 週
	出産した 医療機関等	名称	所在地					
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。						

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

--

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士記載欄 氏名等