

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

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(差額)請求書
(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

ご確認ください



◎提出先・・事業会社
 ◎この申請書を提出するときは、**振込先の預貯金通帳の写し等**で銀行口座が確認できるものを必ず添付してください。
 ◎直接支払制度利用の代理受領(領収書・明細書で確認)が42万円の場合は申請できません。
 ◎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を添付してください。
 ◎退院時に精算をした出産費用の領収・明細書(出産日・出産児数・代理受取額等の記載のあるもの)の写しを添付してください。
 ◎在職中に氏名変更の手続きをしていない場合は婚姻受理証明等の旧姓・新姓両方が確認できる公的書類を添付してください。

④健康保険証 記号 番号 		⑤所属する 事業会社	名称 所在地		
③被保険者の (請求者) 氏名 (フリガナ)		⑥生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		⑦日中連絡のとれる電話番号	
⑧被保険者の (請求者) 住所 郵便番号 (フリガナ)					
⑨ 出産年月日 平・令 年 月 日	⑩出生児数 人	⑪死産児数 人	⑫死産のときはその旨と妊娠経過期間 (妊娠 ヶ月・ 週)		
⑬ 出生児の氏名 (フリガナ)		/			
⑭被扶養者(家族)が 出産した場合 氏名 (フリガナ)		続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		
⑮ 支払金融機関の欄 銀行 金庫 農協		本店 出張所 支店 営業部		支店コード	
預金種別 1:普通 口座番号		口座名義人(請求者)		(カタカナで記入)	
⑯振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入のこと(同一筆跡は不可)					
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			委任者と代理人との関係 令和 年 月 日		
被保険者(請求者) 氏名		住所 〒			
代理人の氏名 (フリガナ)		代理人の住所 (フリガナ) 〒			

令和 年 月 日提出

受付日付印

健康 記入欄	資格取得(認定)日	年 月 日	現存 喪失後
	資格喪失(削除)日	年 月 日	
	法定		円