

健康保険 出産育児一時金等内払金支払依頼書・差額申請書

※ この申請書は、直接支払制度を利用し、出産費用が下記の法定給付額未満であった方を対象とするものです。
 出産日が令和5年3月31日以前 : 42万円(産科医療補償制度対象外分娩の場合:40万8千円)
 出産日が令和5年4月1日以降 : 50万円(産科医療補償制度対象外分娩の場合:48万8千円)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と こ ろ	①被保険者証の 記号 - 番号	—		②被保険者(請求 者)の氏名	フリガナ		
	③被保険者 (請求者)の住所	〒 — — — — —				Tel () — — — — —	
	④事業所の名称						
	⑤被扶養者が出産したと きはその氏名・生年月日	氏名			生年 月日	昭和 平成	年 月 日
	⑥出産年月日	令和 年 月 日	⑦死産の場合		妊娠 ヶ月	または 経過期間 週	
	⑧出生児氏名						
	⑨出生児は 被扶養者ですか	被扶養者で ある ・ ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由				
	⑩ 振込指定 金融機関 ※被保険者名義 の口座に限ります。	〔 〕		銀行 信用金庫 信用組合 農協	〔 〕		支 店 出 張 所
		預金 種別	普 通 当 座 その他 ()	口座番号			
				口座名義 【カナ】			
⑪備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい。 (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります。)						

◀ 添付書類 ▶

- ◆ 医療機関等から交付される『直接支払制度に関する合意文書』の写し
- ◆ 『分娩(出産)費用明細書』等、費用の内訳が分かる領収・明細書の写し
 ※ 出産日・出産児数・入院期間・専用請求書の内容と相違ない旨の記載があり、産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印のあるもの

< 提出先 >

〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 Tel06-6942-3624