

健康保険 出産育児一時金等内払金（差額）支払依頼書

〔医療機関等への直接支払制度利用者で出産費用が
給付額（42万円又は40.4万円）に満たない場合〕

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	—	被保険者の氏名と印		⑩	
	被保険者の現住所	〒				
	事業所の名称	TEL ()				
	被扶養者が出産したときその氏名・生年月日	氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	出産年月日	平成 年 月 日		生産児数	人	死産児数 人
	出生児の氏名	フリガナ		他の医療保険制度から出産育児一時金の給付を受けていますか		いる・いない
該当するときは	資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の ⇒		保 険 者 名		記号・番号	
	被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の ⇒					健康保険組合・共済組合 協会けんぽ 国民健康保険（組合）

代理人記入欄	振込先銀行	銀行名	支店名	フリガナ
		当・普・貯	口座番号	口座名義

代理人に委任するとき	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人の氏名・印	被保険者との関係
			フリガナ	
	平成 年 月 日	⑩		
	被保険者住所氏名	代理人の住所・電話番号		
	※印は請求印と同一であること。		〒 TEL ()	

- ※ 添付書類については、裏面をご覧ください。
- ※ 振込銀行欄は被保険者又は代理人の口座を記入し、口座名義にはフリガナをつけて下さい。
- ※ 受取を代理人に委任する場合は、受取代理人の欄に記入押印して下さい。

◇ 添付書類及び記入するときの注意事項 ◇

◎ この請求書は、「医療機関等への直接支払制度を利用したが、出産費用が給付額（42万円又は40.4万円）未満だったので出産育児一時金との差額を請求するとき」に使用します。

【添付書類】

医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し

※「産科医療補償制度の加算対象出産の場合は所定の証明スタンプ」の押印がされている出産費用の領収・明細書の写し

【出産育児一時金】

保険給付は、在胎週数13週（85日）以降の生産・死産・流産が対象となります。

【出産育児一時金の支給額】

平成27年1月1日以降の出産から、1児につき原則42万円（40.4万円と1.6万円）です。

- (1) 産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週以降の出産（死産も含む）の場合は、制度の保険料相当分として1.6万円が加算され、出産育児一時金は42万円が支給額となります。
- (2) 産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合、又は加入している医療機関等であっても在胎週数22週未満の出産の場合の出産育児一時金は、40.4万円が支給額となります。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合業務課へおたずね下さい。