パレット健康保険組合

【様式C】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）

被保険者等	（記号）　—　（番号）	（記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください）　—　—　—			
被保険者氏名		生年月日	1.昭和 2.平成　年　月　日		
		事業所名称			
出産した者（氏名） （※被保険者の場合は不要）	（続柄）	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日		
		扶養認定日	1.昭和 2.平成 3.令和　年　月　日		
出産年月日	令和　年　月　日	生産または死産の別	生産 死産（　か月）	出産児数	単胎 多胎（　児）
① 被保険者(本人)が資格喪失(ご退職)後 6 か月以内に出産した場合は現在加入している健康保険組合等の名称などを記入 ② 被扶養者（家族）が扶養認定後 6 か月以内に出産した場合は認定直前に加入していた健康保険組合等の名称などを記入		健康保険組合等の名称など	電話番号　（　）		
		被保険者等	（記号）　—　（番号）		

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

パレット健康保険組合　理事長殿

住所 〒　－

電話番号（日中の連絡先）　（　）

被保険者氏名（申請者）

差額振込欄

☐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☑。利用しない場合は下記の欄を記入。）　※口座情報の反映には日数を要します。

振込先					
金融機関コード		支店コード		フリガナ	
金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号			

医師・助産師の証明欄

出産年月日	令和　年　月　日	生産・死産の別	生産・死産（　か月）	出産児数	単胎 ・ 多胎（　児）

上記のとおり相違ない事を証明する。

令和　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号　（　）

添付書類

- 医療機関等発行の領収・明細（写）※費用の内訳を記した明細書
  産科医療補償制度加入の分娩であることが確認できるもの。
- 医療機関等から交付される「直接支払制度」を**利用する**旨を記載した「合意文書」（写）
- 申請書の所定欄に医師・助産師等の証明
  証明が受けられない場合は出生届受理証明、母子健康手帳、住民票など出生がわかる書類の写しを添付。
  死産・流産（12 週以上）の場合は死産・流産を証明する書類を添付。

受付日付印

(2024. 12. 2)

健保記入欄				
資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日	資格喪失日	令和　年　月　日	
出産育児一時金	円	出産費用決定額		円
受付 No.		差額支給決定額		円