

【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）

被保険者証	(記号) (番号) —	事業所の名称			
被保険者の氏名		生年月日	1.昭和 2.平成	年	月 日
扶養家族の出産はその方の氏名と続柄	(被扶養者名) (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	出産または死産の別	生産 死産(か月)	出産児の人数	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等を記入		健康保険組合等の名称など 被保険者証	電話番号 ()		
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等を記入			(記号) (番号) —		
上記のとおり申請します。		住所 〒	—		
令和 年 月 日		電話番号(日中の連絡先)	()		
パレット健康保険組合 理事長殿		被保険者氏名(申請者)			

差額振込欄	<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☑。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。				
	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)	出生児の人数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ない事を証明する。		医療施設の所在地			
	令和 年 月 日		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

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【個人情報保護法への取り組みについて】

2023.10

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

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

【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)

被保険者証	(記号) 000 (番号) 1234567	事業所の名称	ABC株式会社		
被保険者の氏名	健保太郎		生年月日	1. 昭和 2 平成 6年 1月 5日	
扶養家族の出産はその方の氏名と続柄	(被扶養者名) 健保花子	(続柄) 妻	生年月日	1. 昭和 2 平成 3. 令和 7年 2月 10日	
			扶養認定日	1. 昭和 2. 平成 3 令和 2年 4月 1日	
出産年月日	令和 5年 3月 20日		出産または死産の別	生産 () 死産 (か月)	出産児の人数 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等を記入			健康保険組合 等の名称など		
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等を記入			電話番号 () 被保険者証 (記号) (番号)		
上記のとおり申請します。			住所 〒 000-3333 東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123		
令和 5年 4月 1日			電話番号(日中の連絡先) 080(0000)1111		
パレット健康保険組合 理事長殿			被保険者氏名(申請者) 健保太郎		

差額振込欄	<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☑。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。					
	金融機関コード	999	支店コード	9999	フリガナ	ケンポ タロウ
	金融機関名	A 銀行 信用金庫	支店名	AB 本店 支店	口座名義	健保太郎
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			

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)	出生児の人数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ない事を証明する。		医療施設の所在地			
	令和 年 月 日		医療施設の名称 医療機関 記入			
			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

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【個人情報保護法への取り組みについて】

2023.10

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

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