

出産育児一時金支給申請書【差額分申請用】

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者 ・ 被扶養者)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 フリガナ <small>本請求書の提出および給付金の受領を事業主に委任します</small>		生年月日 <small>昭和・平成</small> 年 月 日		記号	番号	
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。						
	資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日		資格喪失年月日 令和 年 月 日		事業所名称		
	現住所 〒				TEL		
	出産者名 フリガナ		被保険者との続柄	出産児名 フリガナ		被保険者との続柄	出産日 令和 年 月 日
	出生児が被扶養者であるか否か ある ・ ない		出生児が被扶養者でない場合にはその理由			死産のときはその旨	
	出産した医療施設等の名称・所在地 名称				所在地		
	出産費用 (医療機関発行明細書の「妊婦合計負担額」) 円			差額分支給申請額 (50万円または48.8万円-妊婦負担合計額) 円			
	※ 次の場合には下欄に記入が必要です ● 被扶養者の出産で認定年月日(保険証記載)より6ヶ月以内に出産の場合 ● 被保険者だった方の出産で資格喪失後6ヶ月以内に出産の場合 被扶養者の方は出産日より半年前の加入保険について記載してください 被保険者だった方は現在の加入保険について記入してください 国民健康保険加入の方も国保(〇〇市・〇〇区)とご記入ください 記入がない場合には支給できません。お調べのうえ必ず記入してください。 下記届出に相違ありません。また、加入保険に情報提供することに同意いたします。 令和 年 月 日 出産者氏名						
	加入保険組合等の名称および所在地など 名称				所在地		TEL
記号	番号	加入年月日 平成 令和 年 月 日		喪失年月日 令和 年 月 日		健保確認欄	

●送金先 ※いすゞ自動車(株)女子被保険者およびいすゞ自動車(株)退職後の請求の場合のみ記入
その他の場合は事業所経由での支給のため記入不要

銀行	支店	普通	口座番号	受取人氏名(カナ)
----	----	----	------	-----------

【注意事項】

- 提出先は、勤務先健康保険担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
- この申請書は、出産育児一時金等の直接支払制度を利用し、出産費用が50万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等において出産した場合は48.8万円)に満たなかった場合に、その差額を申請するためのものです。
- この申請書には、出産した医療機関等が発行した 領収・明細書 (妊婦負担合計額・代理受取額記載のもの) の写しを必ず添付してください。
- 記入もれにご注意ください。記入もれのある場合には支給が遅れる場合があります。
- 多胎出産(双児・三児など)の場合も1枚の請求書で請求可能です。
- 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--