

**被保険者**  
**健康保険**      **出産育児一時金 差額申請書**  
**家 族**

年      月      日

※ 申請書は、被保険者の自書にてお願いします。

被保険者等が記入するところ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日									
	—		昭和 平成	年	月	日						
	被保険者等 (申請者) の氏名	(フリガナ)			事業所の名称							
		印			事業所の所在地							
	被保険者等 (申請者) の住所	郵便番号	(フリガナ)			電話 ( )						
出産した人の氏名			出産した人の生年月日		出産した年月日	出生児数	死産児数					
			昭和 平成	年	月	日	元号	年	月	日		

支給額の欄	産科医療補償制度	支給総額	医療機関等代理受取額	差額支給額
	対象	円	円	円

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

金額の受領を委任するときに記入	⑩ 本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	令和    年    月    日	被保険者 (申請者) 氏名 <span style="float: right;">印</span>
	委任された者の 事業所名	委任者と代理人との関係
	住所 氏名・印 <span style="float: right;">印</span>	
上記金額正に受領いたしました。		令和    年    月    日
住所		
氏名 <span style="float: right;">印</span>		

名古屋木材健康保険組合

- ※ 訂正をする場合、訂正印として申請印と同じ印を押印してください。
- ※ 被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記載欄	
----------------	--

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カードの写し等)」、「本人確認(運転免許証の写し等)」をするための添付書類が必要です。)

受 付 日 付 印

※ 添付書類

- ・直接払制度合意書のコピー
- ・出産に要した費用の領収書のコピー

◎ 任意継続者及び資格喪失者の方で振込を希望する場合に記入してください。

支払金融機関の欄	金融機関		(フリガナ)				(フリガナ)	
							支店 出張所	
	預金種目	普通	当座	その他	口座番号	口座名義	(フリガナ)	