

極秘

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金				係	
				付加給付費		出産育児一時金付加金					
支給決定並支出伺	支給(出)				出 産	令 和					
	金額合計	円			年 月 日	年 月 日	資	取得	昭・平・令	年 月 日	
	法定給付額	円			備 考 欄	産科医療補償 有・無	格	喪失	令 和	年 月 日	
	付加給付額	円						期間	□1年以上/□1年未満		
	支給決定日	令 和	年 月 日					代理受取額			
支払年月日	令 和	年 月 日		円							

※組合使用欄

被保険者
家 族

出産育児一時金・付加金

内払金支払依頼書
差額請求書

被保険者又は請求者が記入する欄	被保険者証の記号				番号				被保険者の氏名・生年月日	昭和・平成	年 月 日 生
	被保険者の住所及び電話番号	〒			電話 () -						
	出 産年月日	令 和	年 月 日	生産・死産の別(いずれかに○)	生産・死産(妊娠 週)	出産児の数	単胎・多胎(児)				
	被扶養者が出産した場合はその被扶養者の氏名				生年月日		昭和平成 年 月 日				
	出産した医療機関等の名称・所在地	名称									
		所在地	〒 電話 () -								
備考欄											

被保険者証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に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。										
	被保険者(請求者)の氏名と印	令 和 年 月 日	代理人住所	代理人氏名と印	代理人連絡先	電 話 () -	印				

振込先指定口座	金融機関コード				店番号			預金種別	普通・当座	口座番号							
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		口座名義人(カタカナ)												
<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。(受取代理人を指定する場合は利用できません。)																	

受付日付印

必要な添付書類 (次の2点が必要です。)

- 直接支払制度合意文書の「写し」(分娩前に医療機関等と取り交わします。)
- 領収・明細書の「写し」(産科医療補償制度該当の場合はスタンプ等が確認できるものが必要です。)

社会保険労務士記載欄

神奈川県医療従事者健康保険組合 2023.4