

この届出は、「直接支払い制度」を利用しなかった場合、  
または医療機関等に支払った金額が 50 万円未満の場合に提出してください。

### 出産育児一時金等内払金支払依頼書

記入例

この依頼書には、出産した医療機関等から交付された①②のコピーを添付してください。

- ①『出産一時金の医療機関直接支払制度利用合意文書』
- ②『領収明細書』（産科医療補償制度加入機関 印のあるもの）

・ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。  
※この申請書は、給付金の請求を円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。  
※個人情報(本人・家族)の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。  
※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

健康保険証の		被保険者氏名		勤務地・所属名・連絡先	
記号	番号				
2 0 0 0	9 9 9 9 9 9	健保 太郎		勤務地: 八尾 SAS) 総務部 連絡先 TEL: 8-570-999999	
出産した方					
続柄		氏名 ※本人の場合記入不要		生年月日 (満年齢)	
・本人 ・妻		健保 花子		昭和 平成 5 年 10 月 10 日 令和 (満 30 歳)	
請求者署名捺印					
上記のとおり請求します。 シャープ健康保険組合理事長 令和 5 年 3 月 15 日 私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。		〒 123 - 4567 住所 八尾市北亀井町1-2-3 電話番号 050-1234-5670 氏名 健保 太郎		健保	
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、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)			

出産した方の氏名	出産日	出産胎児数	出産の状態
	令和 年 月 日	・単胎 ・多胎(2・3・4)児	・生産 ・死産[妊娠 週目( 日目)] ・流産[妊娠 週目( 日目)]
上記の通り相違ありません 令和 年 月			
出産した医療機関で、証明を受けてください			
医師・助産師 氏名			印

申請種別	全額・内払先・内払後
産科医療保障制度	有・無
直接支払制度	有・無
支払額	円
単胎	円
多胎(2・3・4)児	円

健保受付日

事業主受付日