

被保険者  
 被扶養者

# 出産育児一時金【内払金・差額】請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)	被保険者証	記号	番号	(2)	事業所の 名称				
	(3)	被保険者の氏名			(4)	被保険者の生年月日	昭・平	年	月	日
	(5)	被扶養者の分娩であるときはその氏名			(6)	被扶養者の生年月日	昭・平	年	月	日
	(7)	分娩年月日			令和	年	月	日	(8)	死亡のときはその旨
	(9)	分娩した場所			医療施設等の名称					
					医療施設等の所在地					
	(10)	被保険者と出生児の続柄			<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )					
	(11)	出生児が被扶養者かどうか		被扶養者で	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	(12)	出生児が被扶養者でないときはその理由			
	(13)	直接支払制度			<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない					
	(14)	振込口座		在籍者		給与口座にお振込みいたします。				
				退職者		※退職者の方は振込希望口座を記入してください。				
				金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)		
					普通					
	(15) 出産された方が出産日から6ヶ月以内に健康保険又は船員保険の資格を喪失している場合は、以下のア、イいずれか該当する方に記載をお願いします。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。									
	ア)	被保険者本人の退職等により、太陽生命健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出生されたことによる申請である場合は、資格喪失後に加入している健康保険の名称と連絡先電話番号、現在の記号・番号				現在加入している健康保険の		名称		
電話番号								( )		
記号－番号								－		
イ)	家族(被扶養者)が、被扶養者認定後6ヶ月以内に出生されたことによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入されていた健康保険の名称と連絡先電話番号、その時の記号・番号				以前加入していた健康保険の		名称			
							電話番号	( )		
							記号－番号	－		
(16)	うえのとおり差額を請求します。									
	令和			年	月	日	〒		TEL	( )
	被保険者の住所(請求者の)			住 所						
	フリガナ			氏名						

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

注 意 事 項 及 び 添 付 書 類	〔添付書類について〕	
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度「合意文書」の写し	
	<input type="checkbox"/> 費用の内訳を記載した「領収・明細書」(退院時、医療機関等より発行される)の写し	
	〔注意事項〕	
	1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」に☑を、家族が分娩したときは「家族」に☑してください。	
	2. (5)欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「該当せず」と記入してください。	
	3. (9)欄「分娩した場所」は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設の名称・所在地を記入してください。 (なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)	
	4. (10)欄は、被保険者との続柄を記入してください。	
5. (13)欄は、直接支払制度利用の有無について、該当する方に☑をしてください。		
6. (14)欄は、退職者のみ振込希望口座を記入して下さい。		
7. (15)欄は、資格取得・喪失後6ヶ月以内に出生された申請である場合のみ、ア、イの該当する方に記入して下さい。		
8. (16)欄は被保険者が記入しますが、分娩した被保険者死亡の場合は相続人が請求出来ます。		

受付日付印