太陽生命健康保険組合理事長 殿

※直接支払制度を利用した場合

□ 被保険者
□ 被扶養者

出産育児一時金【内払金・差額】請求書

被保険者が記入するところ

(1) 被保険者等	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) 生産または死産の別	□生産　□死産　□生産・死産混在	
(9) 出産児数	人	(10) 死産児数	人	(11) 死産の場合 妊娠経過期間	か月　週	
(12) 分娩した場所	医療施設等の名称					
	医療施設等の所在地					
(13) 被保険者と 出生児の続柄	□ 子　□ その他（　　）					
(14) 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	□ ある □ ない	(15) 出生児が被扶養者でないときはその理由			
(16) 直接支払制度	□ 利用している　□ 利用していない					

(17) 振込口座

	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人（カナ）
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。				
			普通		

(18) 出産された方	□被保険者➡退職後6か月以内の出産ですか。 □被扶養者➡当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	□はい　□いいえ
(18)「はい」の場合、『健康保険の名称』と『記号・番号』をご記入ください。 ■被保険者➡現在、加入している健康保険の名称を記入 ■被扶養者➡当組合加入前に加入していた健康保険の名称を記入	健康保険の名称	
	記号－番号	

(19) 上記のとおり差額を請求します。

令和　年　月　日

〒　　TEL　（　）

被保険者の（請求者の）住所

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

添付書類及び注意事項

〔添付書類について〕

□ 直接支払制度「合意文書」の写し

□ **出産日、出産人数、代理受取額、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

（記入上の注意事項）

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. (12)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。（自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。）
4. (13)欄は、被保険者との続柄を記入してください。
5. (16)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. (17)欄は、退職者のみ振込希望口座を記入して下さい。
7. (18)欄は、資格取得・喪失後6か月以内に出産された申請であるか☑をし、「はい」の場合は健康保険の名称、記号、番号を記入してください。
8. (19)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

※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。