健康保険

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者が記入するところ	① 被保険者等記号・番号 － ※記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入	②被保険者の氏名及び生年月日	昭・平　年　月　日	③本申請書の提出を事業主に依頼します チェック □
	④ 被保険者の現住所	郵便番号　― TEL（　　） 携帯（　　） 方		
	⑤被保険者の勤務する（していた）事業所名称・所在地	事業所名称		
		事業所所在地		
	⑥被扶養者が出産した場合、被扶養者の氏名			
	⑦ 出産した年月日	令和　年　月　日		
	⑧ 出産児数	単胎・多胎（　児）		
	⑨ 妊娠週数	妊娠　週で　生産・死産		

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（請求者）　住所 氏名		
	代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係

□ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座	銀行コード　＿＿＿＿　銀行・農協 信金・信組	支店コード　＿＿＿＿　本店 支店		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄に記入してください。

記入方法及び注意事項

【注意事項】

1. 事業主を通して書類を提出いただく場合には必ず③欄にチェックしてください。
2. 内払金については、出産の日の翌日から２年を経過した場合に、受給権が時効によって消滅します。

【添付書類】

1. 医療機関から交付された「分娩費用明細書」の写し
2. 医療機関から交付された「直接支払制度を利用した旨の文書」の写し

※ 産科医療補償制度対象分娩であればその旨の表記がある「分娩費用明細書」の写しが必要となります。

※ 単胎の場合は医療機関の代理受領額が50万円（出産日が令和5年3月31日以前の場合は42万円）以上であればこの申請書は不要となります。

記入漏れや不備事項がありますと決定が遅れる場合があります。

この書類の送付先

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険組合
給付課　宛

受付日付印

東京薬業健康保険組合

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	