

| | | | |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | |

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金

内払金支払依頼書
差額申請書
付加金請求書

『直接支払制度』利用者用

サイボー健康保険組合理事長 殿

| | | |
|------------------------|--|-------------|
| ① 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 |
| ② 事業所の名称 | | |
| ③ 事業所の所在地 | | |
| ④ 被保険者の氏名 | フリガナ | |
| ⑤ 被保険者の生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| ⑥ 被保険者の住所 | 〒 | |
| ⑦ 被保険者の電話番号 | () | |
| ⑧ 被扶養者の分娩の時 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| ⑨ 出生児の氏名 | フリガナ | |
| ⑩ 出生日 | 令和 年 月 日 | |
| ⑪ 振込先希望口座 (被保険者の口座) | <input type="checkbox"/> 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 (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください) <input checked="" type="checkbox"/> 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません | |
| | 銀行・信組・金庫 農協・郵便局 本店・支店・出張所 _____ (普通・当座) 口座番号 _____ | |

2023.4

被保険者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は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です)

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|

受付印

※ この依頼書(申請書)は、直接支払制度において出産費用が50万円(参加医療補償制度未加入の医療機関で出産した場合は48万8千円)に満たなかった場合、差額支給を受けるものです。当健康保険組合より「出産育児一時金直接支払制度 支給決定通知書」を受け取られる前に早期に差額分の受取を希望される場合は「内払金支払依頼書」として、受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」として提出して下さい。

※ この請求書は、出産育児一時金付加給付を請求するものです。

付加給付金額は、被保険者本人の出産の場合2万円、被扶養者の出産の場合1万円です。

※ 添付書類として、医療機関等の発行する「領収書・明細書」及び「医療機関等との合意文書の写し」を添付して下さい。