

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

被保険者
健康保険 **出産育児一時金差額及び付加金請求書(受取代理用)**
家族

大陽日酸健康保険組合

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|-----------------|-------|---|-------------------------|-------------|-------------------------|--|--|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | | 記号 | | 被保険者の氏名・生年月日 | | 年 月 日生 | | |
| | 被保険者の住所 | | 〒 | | | 電話番号 | | | |
| | 被保険者の勤務する事業所又は勤務していた事業所 | | 名称 | | | | | | |
| | | | 所在地 | | | | | | |
| | 被扶養者が出産するための請求である時は、その者の | | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | | |
| | | | | | | 年 月 日生 | | | |
| | 出産日 | | | | 年 月 日 | | 出産 | | |
| | 出生児の氏名 | | | | | 被保険者と出生児の続柄 | | | |
| | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | | ある・ない | | 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由 | | | | |
| | 出産した医療機関等 | | 名称 | | | | | | |
| | | | 所在地 | 〒 | | | | | |
| | 退職後に出産された方は退職日 | | | | 年 月 日 | | 退職 | | |
| | 退職後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の保険者名・記号番号及び電話番号 | | | | | | 協会けんぽ 共済組合 健康保険組合 国保 | | |
| | | | 記号番号 | | | 電話番号 | | | |
| | | | | | 退職後に出産された方は下記にご記入ください | | | | |
| 金融機関名 | | 本支店名 | | | 口座種別 | | | | |
| | | | | | 本店・支店 普通・当座 その他() | | | | |
| 口座番号 | | 口座名義(フリガナを必ず記入) | | | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | | | |

| | | | | | |
|------|---------------------------------------|--------|-------|--|--|
| 委任状欄 | 本請求に基づく受取代理後の差額及び付加金に関する受領を次の者に委任します。 | | 年 月 日 | | |
| | (委任者) | 被保険者住所 | | | |
| | | 氏名 | | | |
| | | ----- | | | |
| | (被委任者) | 事業所住所 | | | |
| | 事業所名称 | | | | |
| | 事業主名 | | | | |

※裏面の注意事項を必ずお読みください。

受付日付印

【注意事項】

この申請書を提出の際は、下記の注意事項をよく読んでご確認ください。

- 1、医療機関等からの分娩費請求額が出産育児一時金等(50万5千円)を下回っていた場合は、その差額を事業主経由でお支払いしますので、在職中の方は、必ず事業所経由で提出してください。
但し、退職後の請求の場合は、被保険者の指定口座にお支払いします。
- 2、この請求書は、分娩後30日以内に提出をお願いします。
- 3、出産育児一時金差額及び付加金の支払いは、下記の書類が全て揃ってからとなります。

| | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| ①出産育児一時金差額及び付加金請求書(受取代理用)……被保険者提出 | } | 医療機関等提出 |
| ②分娩費請求書等(写し)の送付について | | |
| ③出産費用の請求書の写し | | |
| ④出生証明書類の写し | | |
- 4、事務処理上、毎月1回20日(休日の場合は前日)に支払いとなりますので、ご了承ください。
- 5、次に該当される方は、速やかに当組合(03-5788-8132)までご連絡ください。
(ア)事前に申請をした際の受取代理人である医療機関等以外で出産した場合
(イ)事前に申請書を提出を、出産育児一時金等を請求する資格がなくなった場合
例)申請時は被扶養者であったが、出産時は被扶養者でなくなった等