

# 出産育児一時金 請求書 兼 内払金支払依頼書 兼 差額申請書

請求日： 年 月 日

被保険者記入欄	健康保険 記号・番号	記号	番号	フリガナ 被保険者 氏名(自署)		
	現住所 連絡先	(〒 - ) 住所： 日中連絡可能な電話番号： ( )				
	振込希望 金融機関	銀行名	銀行 信用金庫		支店名	支店
		口座番号	普通預金		口座名義	被保険者名義
	出産年月日	年 月 日(死産の場合：□)			出産費用	円
	出産した医療機関と当健保組合における、直接支払制度利用の同意の有無(①・②いずれかに☑をつけてください) □ ①直接支払制度に同意する □ ②直接支払制度に同意しない					
	出産した 場所	医療施設等の名称				
		医療施設等の所在地		(〒 - )		
出産者が 被扶養者 の場合	被扶養者 氏名			被扶養者 生年月日	□S・□H 年 月 日生	
□本依頼・申請書に関する書類を事業主経由で提出することについて、同意しない方のみ☑						


・直接支払制度を利用しない場合、もしくは直接支払制度を利用する内払金支払(当健保組合から差額申請の案内を受ける前に申請すること)の場合は、「医師または助産師が証明する欄」の記入は必須です

医師または助産師が証明する欄	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産[妊娠：( 月)・( 週)]	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)	[注]死産の場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかをカッコ内に記入		
	産科医療補償制度対象分娩の有無(Ⅰ・Ⅱいずれかに☑をつけてください)				
	□Ⅰ.産科医療補償制度の対象である		□Ⅱ.産科医療補償制度の対象外である		
	今回の出産における医療機関での直接支払制度利用の有無(Ⅲ・Ⅳいずれかに☑をつけてください)				
	□Ⅲ.直接支払制度利用する(直接支払制度請求額： 円)		□Ⅳ.直接支払制度利用しない		
年 月 日					
医療施設等の名称： 所在地：(〒 - )					
医師・助産師氏名： 電話番号： ( )					

- ・時効…出産した日の翌日から2年(健康保険法 第193条)
- ・健康保険の記号-番号の代わりにマイナンバー(個人番号)で申請する場合は、番号欄にマイナンバー(個人番号)を記載してください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合  
 GIB・PGF：大槻事務所  
 CLIS・コミュニティSKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス  
 ・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください  
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。



受付日付印