記入例　出産育児一時金等内払金支払依頼書

豊田自動織機健康保険組合　御中

提出日　令和6　年　12　月　10　日

被保険者（請求者）記入欄	被保険者証等の記号・番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	健保　太郎
	連絡先住所電話番号	〒 999 － 9999 愛知 都道府県 健康市保険町〇-〇				自宅TEL（ 0566 ） 21 － 6543 携帯TEL（ 090 ） 1234 － 5678
	会社名	株式会社　〇〇〇〇				
	所属	〇〇工場　〇〇部　〇〇課　〇〇組				
	退職（予定）日	年　月　日	←被保険者の方で退職した方、もしくはされる方はその日付を記入し下記振込先口座をご記入ください。			
	分娩日	令和 6 年 11 月 29 日	出産児数	☑ 単胎　☐ 多胎（　　児）		
	被扶養者が出産の場合	氏名	健保　花子			
	依頼額（計算式）	出産育児一時金	―	出産費用	＝	依頼額
		例：500,000円	―	470,000円	＝	30,000円
		500,000 円	―	435,000 円	＝	65,000 円

振込先金融機関	☆振込先は会社を退職した方や任意継続の方のみご記入ください。															
	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協				△△	本店 支店 出張所		預金種目	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	銀行コード	9	8	7	6	支店コード	5	4	3									
	口座名義（被保険者名義のみ）	カタカナで記入　ケンポ　タロウ										ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください						

☆添付書類　　出産費用明細書（コピー）※出産日や出産児数の記載のあるもの

★出産育児一時金直接支払制度を利用された方で、出産費用が出産育児一時金を下回った場合にこの書類を提出してください。

★出産育児一時金の額（一児につき）

産科医療補償制度加入分娩	500,000円
産科医療補償制度未加入分娩	488,000円

健保記入欄	決裁事項	支給・不支給（理由　　）		
	対象者	被保険者・被扶養者		
	資格喪失日（対象者のみ）	年　月　日		
	出産児数	単胎・多胎（　　）児		
	産科医療補償制度	加入・未加入		
	出産育児一時金額	円		
	出産費用	円		
	差額支給額	円		
	決裁	常務理事	事務長	GM	担当

健保受付印

（R7.7.16改訂）