記入例 健康保険 **被保険者** 出産育児一時金 内払金・付加金 支払依頼書 (直接支払用)

出産者と医療機関で直接支払制度の合意文書を取り交わし、出産育児一時金を医療機関が受取る場合に使用。付加給付（および出産費用と法定給付に差額が出た場合はその額）をお支払いするための申請書です。

被保険者(申請者)情報	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してください		
	被保険者等記号・番号	X	XXXXX		
	氏名	(フリガナ) サンヨウ ハナコ 三陽 花子	生年月日	昭和 平成 令和	XX年 XX月 XX日
住所	(〒 XXX - XXXX) 〇〇県〇〇市〇〇XX-XX	電話番号 (日中の連絡先)	XXX(XXXX)XXXX		

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1-① 家族の場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	2 出産した年月日	令和	年	月	日						
	3 生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	3-① 「生産」の場合 合出生人数	X	人	3-② 「死産」の場合 合死産児数	人	3-②-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間	満	週	
	4 出産した医療機関等	名称	〇〇〇クリニック		所在地	〇〇市〇〇XX-XX					
	5 出産した方が被保険者で 当組合資格喪失後6か月以内の出産である場合、 現在加入している保険者について	保険者名			5-② 左記の保険者	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない					
	6 出産した方が被扶養者で 当組合加入後6か月以内の出産である場合、 以前加入していた保険者について	保険者名			5-② より出産育児一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない					

該当する場合はご記入ください。
前・現保険者のどちらか一方への請求となります。

振込先指定口座	☐ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。		
	金融機関 名称	銀行 本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
口座番	☒ の場合は振込口座記入不要 口座の記入がある場合は、 記入された口座に振込します		口座名義 (カタカナ)

医療機関から交付されている領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記入されている場合、もしくは死産で「死産年月日」および「妊娠週数」が記入されている場合は以下の証明は必要ありません。

証明欄 (いずれかに記入ください)	証明の場合 医師・助産師による	出産者氏名	〇〇〇クリニック	出産年月日	令和 XX年 XX月 XX日	出生児 の数	① 単胎 2. 多胎(児)	生産または 死産の別	① 生産 2. 死産(妊娠週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。	医療施設の所在地	〇〇県〇〇市△△XXXX-XXX					
		令和 XX年 XX月 XX日	医療施設の名称	〇〇〇病院		医療機関等に証明してもらってください			
		医師・助産師の氏名	〇〇 〇〇						

【添付書類】

- ① 医療機関等から交付される合意文書(写)
直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの
- ② 出産費用の領収・明細書(写)
産科医療保障制度加入機関で出産した場合は、その旨が印字やスタンプ等により明記されたもの