

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金受取差額申請書

被 保 険 者 (申 請 者) の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証号 被記号・番号	—	被保険者 (申請書) 氏名	(フリガナ)			
	被保険者 (申請者) 住	〒 — 電話 ()					
	事業所	名称					
		所在地					
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)			
	被扶養者が 出産したときは その者の	氏名(続柄)	()	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	出生児の氏名(続柄)	()					
	出産した被扶養者が 認定後6ヶ月以内の 分娩の場合、その者に 関した状況	認定される 前に加入 していた 健康保険は	イ. 国民健康保険(地方自治体)		ロ又はハの場合に記入		
			ロ. 組合管掌健康保険(健康保険組 合) ハ. 全国健康保険協会管掌 健康保険		勤務していた 事業所名称		
			ニ. 親等の被扶養者		退職日	令和 年 月 日	
ホ. その他()			健康保険の 組合名又は 事務所名				
			記号・番号	—			
日雇特例被保険者 として支給を受けた 場合はその額	円	出生児が被保険者 の被扶養者であるか	ある・ ない	出生児が被保険者 の被扶養者でない 場合はその理由			
被保険者名義 (申請者) 受取金融機関	銀行	本店 支店	種 普通 ・ 当座 別	口座番号	7ケタで記入		
	信用金庫						
	信用組合						
	農協			口座名義 (カタカナ)			

(千葉県トラック健康保険組合)

<添付書類>

1. 出産費用の内訳を記した明細書の写し
2. 医療機関等との出産育児一時金直接支払制度
利用の合意文書の写し

支払日付印

受付日付印