

# 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 )	被保険者等 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	〒 - 電話番号 - -					
	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)	( )					
	の 記 入 す る と こ ろ	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			
ニ. 親等の被扶養者							
ホ. その他 ( )							
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	種 別	普通 ・ 当座	口座番号	7ケタで記入	
	信用金庫	支店					
	信用組合				口座名義 (カタカナ)		
	農協						

(千葉県トラック健康保険組合)

<添付書類>

1. 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
2. 出産費用の内訳を記した明細書の写し  
(産科医療補償制度加入機関のスタンプまたは  
加入医療機関である旨の記載があるもの)

支払日付印

受付日付印