

被保険者
家 族

出産育児一時金等
出産育児一時金等

内払金（差額）
付加金

支払依頼書
支給申請書

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ 法 領 収 書 ⇒ で 記 入 し な い	① 被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)	② 事業所名		
	被保険者（請求者） の氏名・住所・TEL	③ 氏名	フリガナ（ ）		④ 住所	〒 — Tel（ ）	
	⑤ 被扶養者の出産であるときは 被扶養者の氏名・生年月日		氏名		生年月日	年 月 日	
	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日	⑦ 第何子目の出産ですか		子目		
	⑧ 生産児数	人	⑨ 死産児数	人（妊娠第 週）			
	⑩ 差額 付加金の 受領方法	希望するところに ○をつけて下さい	A 銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任				
		Aに○をつけた方 は記入して下さい	通帳をお確かめのうえ記入下さい。 フリガナ（ ）（ ） 銀行 信用金庫 _____ 支店 店番 _____ フリガナ（ ） 口座番号(普・当) _____ 名義人氏名 _____				
		Cに○をつけた方 は記入して下さい	この給付金の受領を 住所 氏名 _____ に委任します。 被保険者（請求者）氏名				
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)						
領収書	〒 _____ 左の金額を領収しました。 年 月 日 氏名		受付年月日				

【注意事項】

- ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
- 同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等、重複して給付を受けることはできません。

【添付書類】…(1)～(3)を全て揃えてご提出ください。(別途、必要書類等をお願いする場合があります。)

- 医療機関から交付される代理契約(直接支払制度)の利用に関する「合意文書」の写し
- 出産費用の内訳、出産日が記載された「出産費用明細書」の写し ※診療費明細書ではありません
- 出産に掛かったすべての費用が確認できる「領収書」の写し ※病院の領収印があるもの

※お問合せは、大阪金属問屋健康保険組合 業務課までお願いします。

〒542-0081 大阪府中央区南船場1-12-27 TEL 06-6271-0651