

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	① 被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名				
	被保険者の(請求者の)氏名・印 住所・郵便番号	③ 氏名	フリガナ ()	④ 住所	〒	-		
	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	平成	年	月	日	⑦ 生産児数	⑧ 死産児数	
						人	人	妊娠第 週又は第 カ月
	⑨ 出生児の氏名	フリガナ ()	⑩ 第何子目の出産ですか		子目			
	⑪ 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	* 被保険者又は請求者の口座に限りです。	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	* 請求者印は③欄に押した印に限りです。	この給付金の受領を 住所 氏名 _____ ④に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____ ④					
	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	⇒ 記入しないで下さい。			受付年月日	_____			
¥	_____ 左の金額を領収しました。							
	_____ 年 月 日							
	氏名 _____ ④							

【提出にあたって(記入上の注意など)】

1. 被保険者(請求者)が自ら署名する場合、被保険者(請求者)の押印は省略することができます。
2. ⑤欄は家族が出産した場合のみ記入してください。
3. 添付書類は次のとおりですが、別途、必要書類等をお願いする場合があります。

《添付書類》

(1) 医療機関から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写し

(2) 出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し

4. 出産費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は40万4千円)未満の場合は「出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書」及び「出産育児一時金等付加金支給申請書」として、また、42万円(40万4千円)を超える場合は、「出産育児一時金等付加金支給申請書」としてご提出ください。
5. 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。

※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