

常務理事	事務長	担当者

同 年 月 日	年 月 日		
出産育児一時金額	円 ①		
出産費用決定額	円 ②		
付 加 金 額	円 ③		
差額支給決定額	円 ①-②+③		
出 産 年 月 日	年 月 日		
支 給 年 月 日	年 月 日		
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日

※太枠内を記入してください。

**健康保険 出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書**  
**健康保険 出産育児一時金等付加金支給申請書**

被保険者記号番号	328	社員番号	会社名
フリガナ			
出産者の氏名 (被扶養者が出産の場合はその氏名)	家族が出産された場合 家族の氏名		
フリガナ		性別	被保険者との続柄
出生児の氏名	複数の場合は、 それぞれの氏名を記入		男・女
出生年月日	年 月 日	出産児数 人	死産児数(第 週) 人
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ・ ない		被扶養者でない時はその理由 ( )
差額・付加金の振込先 (被保険者の口座に限ります)	銀行 信用金庫		(フリガナ) 支店
	普通預金	口座番号	No.
		フリガナ	
	口座名義		
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
〒			
被保険者 住所			
(申請者) 氏名			
電話 ( )			
デサント健康保険組合理事長 殿			

2024.12 改定

**【添付書類】**

- ◆ 出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控(写)
- ◆ 分娩費内訳明細書(領収書)(写)
- ※産科医療補償制度加入機関のスタンプが押印されたもの
- ※直接支払制度の代理受領額を記載したもの

必ず添付ください。

注) この用紙は、①直接支払制度を利用して内払金(差額)及び付加金を請求する場合、または、②直接支払制度を利用して付加金のみを請求する場合にご提出ください。