

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 差額申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者※ <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)		※ 出産した者が被保険者の場合は、出産育児一時金付加金を合わせて支給いたします。		
	家族の場合は その者の	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	出産した年月日	令和	年	月	日	
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)	生産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (人)		
	出産した 医療機関	名称				
住所						

注意事項	申請について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の額を下回った場合に申請してください。 ・ 医療機関からの請求を待ってからの支給となります。 ・ 添付書類は不要です。
	振込先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・ 特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。
	申請書提出先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・ 特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。

受付日付印