

事 務 連 絡  
平成 21 年 10 月 16 日

事業主 並びに  
事務担当者 殿

東日本プラスチック健康保険組合  
(公印省略)

### 出産育児一時金等の内払金の支払いについて

中秋の候、貴事業所におかれましては、ますますご隆昌のこととお慶び申しあげます。

平素より、健康保険組合の事業運営につきましては、格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

さて、平成 21 年 10 月から「出産育児一時金及び家族出産育児一時金の直接支払制度」がスタートいたしましたが、出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合については、被保険者より健保組合へご請求いただき、健保組合より差額をお支払いすることになります。

なお、差額を請求される場合は、別紙「出産育児一時金等内払金支払請求書」(領収・明細書の写しを添付)をご提出くださいますようお願いいたします。

ご多忙のこととは存じますが、被保険者の皆様へご周知くださいますようお願い申しあげます。

# 健康保険

被保険者  
家族

# 出産育児一時金等内払金支払請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)被保険者証 の 記号と番号	(記号) ..... (番号)	(2)被保険者 (請求者) の氏名と印	(3) ㊟	
	(4)被保険者 (請求者) の住所	TEL ( )			
	(5)事業所の 名称	(6)事業所の 所在地			
	(7)出産した 年月日	平成 年 月 日	(8)出産児数 人	(9)死産児数 人	(10)死産の時 はその旨
	㊟入院して出産 したときは、その 病産院の	(12) 名称	(13) 所在地		
	㊟家族が出産した ための請求である ときはその者の	(14) 氏名	(15) 生年月日	昭和 年 月 日生	平成 年 月 日生
	㊟家族が被扶養者と なって6ヶ月以内の 出産である場合	(16) 家族の前勤務先	(17) 資格取得日 年 月 日		
		(19) 出産者が以前加入 していた保険者名 (例)〇〇健保組合	TEL ( )	(18) 退職日 年 月 日	(20) 被保険者証 の記号と番号 -
	(21) 出生児の氏名 (多胎の場合は連記してください。)	(22) 被保険者と 出生児の続柄		(23) 出生児が被保 険者の被扶養者で	ある・ない
	㊟資格喪失後、今現在の 被保険者証の	(24) 氏名	(25) 勤務先	TEL ( )	
(26) 今現在 加入している 保険者名		TEL ( )	(27) 被保険者証 の 記号と番号	-	

(28) 出産費用の貸付を受けていますか。 受けている ( ) 円 ・ い ない

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、出産育児一時金等内払金の受領方を委任します。			
	平成 年 月 日			
	住所 被保険者 (請求者) 氏名	(38) [(3)と同じ印] ㊟		
	所在地 代理人 (事業主) 事業所名 氏名	(39) ㊟		

平成 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)			
( )銀行	( )支店	口座名義( )	
口座:普通・当座(番号: )			

○この用紙は、直接支払制度において、出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合に、被保険者等がその差額を保険者に請求する際の用紙です。

○差額を請求する場合は、この用紙の他に、医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付してください。

(記入上の注意)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別及び(15)、(23)、(28)、(30)、(31)の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
2. 生産または早産の場合は(10)に、入院しないで出産した場合は、(12)と(13)の欄に、被保険者が出産したための請求である場合は(14)及び(15)に、それぞれ「該当せず」と記入してください。
3. (19)の保険者名とは以前加入していた健康保険組合等のことです。
4. (3)、(35)、(37)及び(38)、(39)の欄の印は、はっきりと押印してください。[(3)と同じ印を(38)に押してください。]また、字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して、その上に正しい字句を記入し、訂正箇所に各記入者と同じ印を押してください。
5. (30)欄の「死産」文字がマルで囲まれている場合は、妊娠何ヶ月目の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらってください。
6. 海外で出生した場合、出生証明書等を添付してください。なお、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。