

※必要事項をご記入・ご捺印のうえ、下記の必須添付書類を添付して当健保組合へご提出下さい。

差額申請用

健保組合 使用欄	出産育児一時金	円	常務理事	担当上司	担当
	出産費用 (支払機関への支払額)	円			
	差額支給額	円			

健康保険被保険者族 出産育児一時金差額申請書

三谷健康保険組合 御中

被保険者等の 記号・番号			—			記号番号が分からない 場合はマイナンバーを 記入してください										
事業所 (会社)名																
被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)					生年月日					日中連絡の取れる電話番号					
						昭和 平成					(会社) — — (自宅) — — (携帯) — —					
被保険者 (請求者) の住所	郵便番号				(フリガナ)											
出産した 年月日	令和		年		月		日	生産児数	死産児数	死産(流産)のときはその旨と 妊娠経過期間		(妊娠 ヶ月・ 週)				
								人	人							
家族が出産 した場合	(フリガナ)					続柄		生年月日								
						昭和 平成		年 月 日								
振込希望 金融機関	銀行 農協 本店 預金種別 普通															
	金庫 支店															
	信組 出張所															
	口座番号							口座名義 (被保険者名義)		(フリガナ)						
受取 代理人 の欄	被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(請求者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと															
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										請求者と代理人の関係					
	被保険者 (請求者)					住所 〒 —										
	代理人 の氏名		(フリガナ)			代理人 の住所		(フリガナ)								
							〒 —									
備考																

令和 年 月 日提出

【必須添付書類】

医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー