

【提出先】 被保険者本人の出産の場合: 事業場・支社人事  
 扶養家族の出産の場合: 花王健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

## 花王健康保険組合(本人・家族) 出産育児一時金等内払金(差額) 支払依頼書

被保険者が記入する欄	①被保険者の氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号一番号	
	シャチハタ可 印					
	④事業場・支社・支店		⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	-	-	自宅	-
	⑧分娩者の氏名		⑨分娩者の生年月日		昭・平 年 月 日	
	⑩分娩年月日	平成	年	月	日	⑪生産児数 人
					⑫死産児数 人	
	⑬出生児の氏名		フリガナ		⑭出生児と被保険者の関係	
該当する方に記入	↓ 在職者の場合に記入 (会社経由で、給与口座に振り込みます。)					
	⑮委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 出産育児一時金 の受領を委任します。 被保険者 氏名				シャチハタ可 印
	↓ 任意継続、資格喪失後の場合に記入					
	⑯振込希望 銀行名	銀行	口座番号	1. 普通	フリガナ	
		支店	店番	2. 当座	名義	

●ご確認ください●

【対象者】 直接支払制度を利用した場合であって、出産に要した費用が42万円未満(※)であった方  
 ※但し、産科医療補償制度に未加入の医療機関で分娩した場合、40万4千円未満とします。

【添付書類】 ①医療機関から交付された領収・明細書の写し  
 ②医療機関から交付された代理契約に関する合意文書の写し

【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)  
 ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類の確認を再度お願いします。

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、事業場・支社人事へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681  
 大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健保記入欄	支給額	円	受付番号	
	分娩費用	円	支給日	年 月 日
	取得日	年 月 日	喪失日	年 月 日
	直接支払制度の利用		有 ・ 無	

人事担当印	健保受付印	健保処理印	健保確認印