

【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 |
| | | |

記入例

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 | | |
| | 花王 太郎 | | 123456 | | 1 123456 | | |
| | ④事業場・支社・支店 | | ⑤所属 | | ⑥勤務地 | | |
| | 茅場町事業場 | | 人事サービスG | | 茅場町 | | |
| | ⑦電話番号 | 会社 | 12 - 3456 - 7890 | 自宅 | 98 - 7654 - 3210 | | |
| | ⑧分娩者の氏名 | | 花王 月子 | | ⑨分娩者の生年月日 昭・平 61年 8月 1日 | | |
| | ⑧分娩年月日 | | 平成 26年 3月 7日 | | ⑨生産児数 1人 | | |
| | ⑧分娩年月日 | | 平成 26年 3月 7日 | | ⑩死産児数 人 | | |
| | ⑪出生児の氏名 | | 花王 星太 | | ⑫出生児と被保険者の関係 長男 | | |
| | ↓ 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。) | | | | | | |
| 支 払 金 融 機 関 の 欄 | ⑬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 花王 太郎 | | | | |
| | ↓ 任意継続、資格喪失後の場合に記入 | | | | | | |
| | ⑭振込希望 | | 銀行 | 口座番号 | 1.普通 | フリガナ | |
| 銀行名 | | 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 |
| | | | |