

健康保険組合から送付されます

健康保険 被保険者 出産育児一時金 差額申請書
家 族

25年 10月 15日

被保険者等 が記入する ところ	被保険者証の記号・番号				生年月日										
					昭和 年 月 日										
	被保険者等 (申請者) の氏名		(フリガナ) ダイワ タロウ				事業所の名称								
	大和 太郎		Ⓜ				事業所の所在地								
	被保険者等 (申請者) の住所		郵便 番号		(フリガナ)				電話 ()						
出産した人の氏名				出産した人の生年月日				出産した年月日				出生児数		死産児数	
大和 一男				昭和 年 月 日				平成 年 月 日				1		0	

支給額 の欄	産科医療補償制度	支給総額	医療機関等代理受取額	差額支給額
	対象	620,000円 うち 200,000円は付加金	420,000円	200,000円 うち 200,000円は付加金

支払金融機関 の欄	支払区分	金融機関	金融機関コード		預金種別	銀行		本店
			※			1. 普通	金庫	支店
						2. 当座	信組	出張所
				3. 別段	信連		本所	
				4. 通知	信漁連		支所	
				9. その他	農協		本店	
				漁協	支店		支店	
		口座番号			口座名義	(フリガナ) ダイワ タロウ		
						大和 太郎		

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受領 代理 人の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				年 月 日	
	住所					
	被保険者 (申請者) 氏名				Ⓜ	
	代理人の 氏名と印		(フリガナ)		委任者と 代理人 との関係	
		Ⓜ				
代理人の 住所		(〒 -)		電話 ()		

◎口座振込みをご希望される方については、「支払金融機関の欄」を記入してください。

受付日付印

◎「※」印欄は記入しないでください。