健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

直接支払制度を利用した場合

被保険者欄

被保険者等の（左づめ）	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。
氏名	（フリガナ）	生年月日　□昭和　□平成　年　月　日
電話番号（日中の連絡先）	□勤務先　□自宅　□携帯　（　）　内線（　）	
会社名 事業所 所属		※退職者の方は住所をご記入ください。

申請内容

1 出産した者	□被保険者　□家族（被扶養者）			
1-① 家族の場合はその方の	氏名		生年月日	□昭和　□平成　年　月　日
2 出産した年月日	令和　□□年　□□月　□□日			
3 生産または死産の別	□生産　□死産　□生産・死産混在			
3-① 「生産」の場合出生人数	□人	3-② 「死産」の場合死産児数	□人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間　満□□週
4 出産した医療機関等	名称		所在地	
5 出産した方 ●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家　族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	□はい　□いいえ			
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号･番号』をご記入ください。 ●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について記入 ●家　族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について記入	保険者名			
	記号･番号			
5-①-(1) 同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を	□受けた　□受ける予定　□受けない			

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕

受付日付印

九州電力健康保険組合

(2026.04)