この支払依頼書は、出産費用が出産育児一時金の支給額より少ない場合に提出してください。

事業所担当者（　　）＜経由＞→健保組合　（退職された方は直接健保へ送付）
※担当者を記入してください

☑被保険者
□家　　族

出産育児一時金内払金（差額）支払依頼書

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 54321	②被保険者の氏名	健保　康子
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社　③籍を置いている会社名を記入してください。		
④被扶養者が出産した場合は被扶養者の氏名	③④被扶養者が出産した場合は記入してください。	⑤被扶養者の生年月日	年　月　日
⑥出産年月日	R6 年　2 月　22 日	死亡のときはその旨	
⑦出産した場所	医療施設の名称：すこやか産婦人科 医療施設の所在地：××市〇〇区△△11-2-3		
⑧出生児の氏名	健保　康太	⑨被保険者と出生児の関係	（長男・長女等を記入）二男
⑩出生児が被扶養者であるかどうか	ある　(ない)	⑪出生児が被扶養者でないときはその理由	夫の被扶養者のため

⑫ 振込先（被保険者名義）	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義（カタカナで記入）
	〇〇銀行	△△支店	(普通)	6543210	ケンポ　ヤスコ

⑫被保険者（社員本人）の口座を記入してください。

上記のとおり請求します。

R6 年　3 月　15 日

被保険者の住所 321-7654
××市〇〇区△△1-2-3-301

氏名　健保　康子

電話番号　06　（　6321　）7654

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

下記＜添付書類＞を添付してください。

＜添付書類＞
・直接支払制度合意文書の写し
・出産費用の領収・明細書等の写し（産科医療補償制度の対象である場合はスタンプが押印）

健保記入欄・・・健康保険組合が記入します。

健保記入欄	一時金支給額	医療機関代理受取額	差　額
	¥	¥	¥