

健康保険
被保険者
家 族
出 産 育 児 一 時 金
出 産 育 児 一 時 金 付 加 金

内払金支払依頼書

差額申請書

被保険者(申請者)記入用

診療を受けた方が被保険者本人
の場合は「被保険者」を、ご家族
の場合は「家族」を○で囲む

当健保から「出産育児一時金直接支払通知書」が届く前
に支払を希望する方は「内払金支払依頼書」を、
「出産育児一時金直接支払通知書」に記載の差額支払を
申請する場合は「差額申請書」を○で囲んで下さい。

被保険者(申請者)情報

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	生年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
氏名	(フリガナ)			太枠内の被保険者(申請者)情報は全て記入する
住民票住所	(〒 一)		都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑)			被保険者本人が送付する場合はチェック不要	

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)

※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

振込先指定口座

特殊事由により他の口座を指定します。 (利用する場合は☑ (チェック)を入れ、下記の欄を記入。
注) 原則、振込先は給与振込口座とし、他行振込みは不可とする。

本店 支店
 出張所 本所 支所

銀行 金庫 信組

特殊な事情が無ければ記入不要
(その他) ()

金融機関
名称

普通

口座番号
(左づめ)

--	--	--	--	--	--	--

預金種別

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。

口座名義
(カタカナ)

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

届書63A

群馬銀行健康保険組合

1/2

健康保険
被保険者
出産育児一時金
家族
出産育児一時金付加金

内払金支払依頼書

差額申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

○○ ○○

申請内容

1 出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 受診者が家族の場合に氏名、生年月 日を記入する。
2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在
3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人
3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	<input type="text"/> 満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 ○○産婦人科医院
	所在地 群馬県前橋市△△△
5 出産した方	<p>●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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ</p>
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 ●家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない

証明欄
(いざれかに記入ください)

医師・助産師による 証明欄	出産者氏名	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	「内払金支払依頼書」として提出する場合は、必ず証明を受けて下さい。 「差額申請書」として提出する場合は不要です。
市区町村長による 証明の欄 (生産のみ)	本籍	「内払金支払依頼書」の場合の添付書類 ・医療機関等から交付される合意文書の写し ・出産費用の領収書および明細書 なお領収書等は、産科医療補償制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの。	
	母の氏名	出生児 氏名	年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	市区町村長名	印

【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関する戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

【差額申請書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関する戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。