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

注意事項

被保険者または被扶養者が出産したときの費用の補助として支給されます。
（医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合）

【直接支払制度とは】

直接支払制度は、住友理工健康保険組合から支給される出産育児一時金を医療機関等における出産費用に充てることができるよう、出産育児一時金を住友理工健康保険組合から医療機関等に対して直接支払う制度のことです。
この制度を利用すると、被保険者が医療機関等へまとめて支払う出産費用の負担の軽減を図ることができます。
直接支払制度を利用できるかどうかは出産予定の医療機関等にご確認ください。

※出産にかかった費用が、出産育児一時金の支給額の範囲内であった場合は、出産後、その差額について住友理工健康保険組合へ請求することができます。また、出産にかかった費用が出産育児一時金の支給額を超える場合には、その超えた額を医療機関等へお支払いただくことになります。

※直接支払制度の利用を望まれない方は、住友理工健康保険組合に対して、被保険者ご自身で出産育児一時金を請求することも可能です。（その場合は、出産にかかった費用を医療機関等へ直接お支払いいただく必要があります）

【支給を受ける条件】

被保険者または家族（被扶養者）が、妊娠４か月（８５日）以上で出産をしたこと。
※早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も支給対象として含まれます。

【支給額】

１児：５０万円

多児の場合	人数×５０万円 ※下記にあたる場合は４８万８千円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合	４８万８千円
妊娠週数：２２週未満で出産した場合	

【被保険者資格喪失後に出産した場合】

被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①・②ともに該当した場合は支給を受けることができます。
① 資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して１年以上（任意継続被保険者期間は除く）あること
② 資格喪失後６か月以内に出産したこと

※同じ出産に対して出産育児一時金の支給は１回のみです。
資格喪失後６か月以内の出産に対しても支給されるため、支給をうけることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。

【添付書類】

※外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文は翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。）

① 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー
※領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されています。

② 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー
※代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています。

● 申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合、次のいずれかの書類を添付してください。
（生産の場合で、上記①に「出産年月日」および「出産児数」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書類の添付は不要です）

① 出生が確認できる書類
（戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票 など）

② 死産が確認できる書類
（死産証書(死胎検案書) など）

住友理工健康保険組合

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

1 2

被保険者（申請者）記入用

提出日 平成 30 年 4月 15日

被保険者 申請者 情報

被保険者証の（右づめ）	※保険証の上部に記載されています。 15 2369179	生年月日	年 月 日 ☑昭和 □平成 581106
氏名・印（自署の場合は押印省略できます）	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	所属	部署名（出向者は出向先の会社名）を記入してください。
住所	（〒 485 － 0831 ） 愛知県小牧市○○○1－○－○ △△マンション○○○号室		
電話番号（日中の連絡先）	自宅 0568 （ ×× ） ××××	携帯 090 （ ×××× ） ××××	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場 **詳しく記入してください**

振込先指定口座

金融機関名称	○○○○ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	○○○○ 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（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。） ケ ン ホ ゜ タ ロ ウ	口座名義の区分	1 1．申請者 2．代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 氏名・印 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 － ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナ 要です
記 入 不 要
被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

住友理工健康保険組合

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

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

申請内容

1 出産した者	2　1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）		
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	健保　花子	生年月日 □ 昭和 □ 平成 年 月 日
2 出産した年月日	平成 年 月 日		
3 生産または死産の別	1　1. 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在	死産の場合、妊娠からの週数を記入してください	
3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 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	可児市○○９－４－２
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。	1　1. はい　2. 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 ●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	□□□健康保険組合	
	記号・番号	９７３－６５	
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	2　1. 受けた／受ける予定　2. 受けない		

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名　　出産年月日　平成　年　月　日

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成　年　月　日　市区町村長名　印

病院または市区町村の証明を受けてください。
（死産の場合は市区町村では証明を受けることができません。）

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、死産の場合は「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は、証明は必要ありません。

住友理工健康保険組合から差額申請の案内が届いた後に手続きをされる場合は、証明は必要ありません。

【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して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して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。