

## 出産育児一時金 請求書 兼 内払金支払依頼書

年 月 日 請求

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名 (自署) 生年月日	S・H 年 月 日		
	現住所 連絡先(日中連絡 可能な電話番号)	(〒 - ) 住所: 電話番号: ( )					
	事業所名			所属	本社( )チーム ( )支社 その他:( )		
	出産日	年 月 日		出産費用	円 【出産費用が42万円/50万円(出産日が令和5年4月以降)※以上で直接払い 利用の場合は、当請求書の提出不要】		
	出産をした医療機関において、当健保組合と直接支払制度の利用同意の有無(①・②いずれかに☑をつけてください)						
	<input type="checkbox"/> ①直接支払制度に同意する <input type="checkbox"/> ②直接支払制度に同意しない						
	出産した 場所	医療施設等の名称		(〒 - )			
			医療施設等の所在地				
	被扶養者の 出産による 請求の場合	被扶養者 氏名			出生児 の氏名		
			生年月日	S・H 年 月 日		(健康保険の被扶養者とする場合は、出生日から5日以内の届出が必要)	
振込希望 金融機関	金融機関口座は被保険者(社員)名義でお願いします						
	銀行名 (銀行コード)	銀行 信用金庫 (銀行コード)		支店名 (支店コード)	支店 (支店コード)		
	口座番号 (右詰記入)	普通預金		被保険者 口座名義	カタカナでご記入ください		

・標準送金日は、毎月10日頃又は25日頃となります。

医 師 ま た は 助 産 師 が 証 明 す る 欄	出産日	年 月 日		生産・死産の別	生産・死産[妊娠:( )月・( )週]		
	出生児の数	単胎・多胎( )児		[注]死産の場合は、妊娠何カ月の死産であるかをカッコ内に記入			
	産科医療補償制度加入の有無(I・IIいずれかに☑をつけてください)						
	<input type="checkbox"/> I.産科医療補償制度に加入している <input type="checkbox"/> II.産科医療補償制度に加入していない						
	今回の出産における医療機関での直接支払制度利用の有無(III・IVいずれかに☑をつけてください)						
	<input type="checkbox"/> III.直接支払制度利用する(直接支払制度請求額: 円) <input type="checkbox"/> IV.直接支払制度利用しない						
	上記のとおり相違ないことを証明します。50万円※以上でかつ直接払いの場合には、証明していただく必要はありません) 年 月 日						
医療施設等の名称: 所在地:(〒 - )							
医師・助産師氏名: 電話番号: ( )							
プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿							

【必要書類】	出産費用が50万円※未満(※出産費用の基準は、産科医療補償制度加入機関の場合)	出産費用が50万円以上※
1.直接払を 利用する場合	①「出産育児一時金 請求書 兼 内払金支払依頼書」 ②「領収・明細書(写)」(産科医療補償制度加入機関である旨の所定スタンプの押印) ③病院等から交付される「直接支払制度に関する合意文書」本人控え(原本)※合意文書中に当健保名の明記が条件	手続きは 必要ありません
2.直接払を 利用しない 場合	①「出産育児一時金 請求書 兼 内払金支払依頼書」 ②「領収・明細書(写)」(産科医療補償制度加入機関である旨の所定スタンプの押印/「直接支払制度を利用しない」旨が記載) ③病院等から交付される「直接支払制度を利用しない旨明記された「合意文書」本人控え(原本)	同左

- 内払金とは、法定給付額と代理受取額の差額のことをいいます。
- 資格取得後または扶養認定後6か月以内の出産は、「(被保険者・被扶養者)出産告知書」の添付が必要です。
- 資格喪失後6か月以内の出産は、「資格喪失後の出産に関する告知書・同意書」の添付が必要です。
- 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください

受付日付印