

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定金額	内 訳	資格取得	年 月 日
				法定	被扶養者認定日	年 月 日
					資格喪失	年 月 日
				付加	資格取得(喪失)6か月の別	該当 ・ 非該当
					一時金等支払	月 / 国保連 ・ 支払基金
					支給決定日	年 月 日

受付No.

被保険者
家 族 出産育児一時金・付加金支払依頼票

このたびの出産について直接支払制度を利用しましたので、付加金の支払いを依頼します。
なお、出産費用が法定給付の範囲内の場合は、差額の支払いを併せて依頼します。

依頼内容を
チェックして
ください。

☒ 出産費用 ≥ 500,000円(*1) につき、付加金(*2)の振込依頼をします。

☐ 出産費用 < 500,000円(*1) につき、その差額および付加金(*2)の振込依頼をします。
→ 【添付書類】をご確認ください

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	〇〇〇〇	被保険者氏名		健保 太郎	
		番号	〇〇〇〇〇〇				
	分娩年月日	△△ 年 △△ 月 △△ 日		死産のとき		ヶ月	
	分娩者氏名	健保 花子		分娩者 生年月日	△△年△△月△△日	被保険者 との続柄	妻
	出産した 医療機関等	名称	□□□□□□病院				
		所在地	□□□□□□□□□□□□				
	給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*3) 資格喪失後は下記の口座(*4)に振り込み依頼します。 △△ 年 △△ 月 △△ 日 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 〇〇〇-〇〇〇〇〇 住 所(*5) □□□□□□□□□□ TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 依頼者 氏 名 健保 太郎						
	(*4)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)						
	振込希望口座 (被保険者名義)	▽▽▽ 銀行	▽▽▽ 支店	No.	〇〇〇〇〇〇〇	口座 名義	(フリガナ) ケンボ太郎 健保 太郎

(*)1 在胎22週未満の出産や産科医療保障制度未加入の医療機関の場合488,000円
(*)2 資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合、付加金は支給されません。
(*)3 給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。
(*)5 育児書送付対象者の場合、送付先の住所として使用します。

【添付書類】

出産費用が500,000円(*1)未満で、差額の支払いを依頼される場合、
確証として以下の2点を添付してください。

- 医療機関等から交付される直接支払制度利用に関する合意文書(写)
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写)

被保険者への支給手続きは、医療機関等からの当健保への出産費用請求後となります。
(出産日の2～4ヶ月後の予定)

受付日	支払日

【直接支払制度を利用する場合にご利用ください。】