健康保険　被保険者
被扶養者

出産育児一時金等内払金支払依頼書

注)R5年3月までの分娩で直接支払制度を利用していて分娩費が42万円未満の場合が該当
注)R5年4月以降の分娩で直接支払制度を利用していて分娩費が50万円未満の場合が該当

令和　年　月　日

被保険者（請求者）記入欄

被保険者等		被保険者（請求者）の氏名	被保険者（請求者）の生年月日
（記号）	（番号）		昭和・平成・令和　年　月　日

被保険者（請求者）の所属事業所			
被保険者（請求者）の住所・電話	（住所）〒　－ （連絡先）　－　－		
分娩年月日	令和　年　月　日	出生児数	単胎・多胎（　児）
出生児の生産・死産の別	生産・死産 → 死産の場合は、医師の証明を受けて下さい。		
分娩した方が被扶養者（家族）の場合	（氏名）	（続柄）	
分娩医療機関名	（名称） （所在地）〒　－		

照会・振込み口座に関する同意欄

☐ 私は、出産育児一時内払金支払依頼書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また出産育児一時金内払金支払依頼書に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。

☐ **他の給付金同様、出産一時金内払金の振込口座は給与口座を希望します。**　※会社から給与口座情報を提供いてただくので振込までの時間が短縮できます。

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。　注2)給与口座情を希望した場合は☑不要です。
注1)口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
（金融機関コード）	（店番号）	☐普通 ☐当座			

医師証明欄（死産の場合）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

医療機関等の名称

医療機関等の所在地

医師の氏名

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。
①身元確認用･･･マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し
②個人番号確認用･･･マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し

【 出産育児一時金内払金支払依頼書に必要な添付書類 】

①医療機関等との間で締結した合意文書の写し
（申請先保険者名・直接支払制度を利用する旨の記載が必要です。）
②分娩費用等の領収・明細書の写し
（医療機関等による専用請求書の内容と相違ない旨の記載が必要です。）
③出生証明書の写し（上記②で出産日と出生児数が確認できる場合は不要です。）

※　上記「出産育児一時金内払金支払依頼書」を提出しない場合は、健康保険組合から「差額支払依頼書」を送付しますので署名し請求して下さい。（出産月の２～３ヵ月後にご案内します。）※なお、「差額支払依頼書」で請求する場合は、添付書類は不要です。