

# 出産育児一時金等支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	直接支払制度を	利用した・利用していない	※ 法定給付額との差額請求の有無	あり・なし
	被保険者証の 記号番号	4811 第 号	事業所名 社名 所属部署	部 課
	出産年月日 (出産予定日)	年 月 日	死産であるときはその旨	
	出産した医療施設等 の所在地・名称			保険適用の有無 正常分娩・異常分娩 (保険適用なし) (あり)
	被扶養者の分娩の時は その氏名		被扶養者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出生児の名前		被保険者 との続柄	被保険者の 被扶養者かどうか 被扶養者・ 被扶養者でない
	支払方法 口座振込	銀行 支店	預金種別 口座番号 当座 普通	フリガナ 口座名義
<p>上記により内払金の支払いを依頼します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 被保険者 氏名</p> <p>阪神高速道路健康保険組合理事長 殿</p>				

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(請求者)の住所・氏名	代理人の氏名	被保険者(請求者)との関係
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		
	被保険者(請求者) 住所 氏名	年 月 日	代理人の住所・電話番号 〒 - 電話 ( )

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

## 【添付書類】

- 医療機関等と取り交わした「直接支払制度を利用する旨合意した文書」の写し
- 医療機関等から交付された出産費の領収書(領収明細書)の写し (代理受取額の明記のあるもの)  
※産科医療補償制度加の医療機関等の場合は、所定のスタンプ印の押印があること。

※ 法定給付額 50万円 (但し、産科医療補償制度未加入分娩機関での出産等の場合は48.8万円)