

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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者等 記号・番号	記号	番号	②					
			記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		事業所 名 称					
	③	被保険者の氏名 (申請者)	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	④	被保険者の住所 (申請者)	〒 - TEL ()							
	⑤	被扶養者が出産 したときの申請は その者の氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
						被保険 者との 続柄				
	⑥	出産年月日	令和	年	月	日	出生 児数	人	死産 児数	人
								(妊娠	週)	
⑦	・被保険者が資格喪失（退職）後6か月以内に出産した場合は 現在加入している保険者名及び記号・番号				保険者名					
	・被扶養者が扶養認定後6か月以内に出産した場合は 以前加入していた保険者名及び記号・番号				記号・番号					
⑧	振込希望口座	銀行 信用金庫 支店 農協 労働金庫 支所								
		預金種別	口座番号		フリガナ					
		普通 当座					口座名義			

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産者の氏名		出 産 年 月 日	令和	年	月	日
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
	医 療 施 設 の 所 在 地 医 療 施 設 の 名 称 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名						
	母 の 氏 名		筆 頭 者 氏 名				
	出生児の氏名		出生年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日						
	市区町村長名 ⑨						

静岡県トラック運送健康保険組合

令和 年 月 日提出

受 付 印

【留意事項】

・⑧の欄は、被保険者名義の口座を記入してください。

○記入については、裏面をご覧ください。

○添付書類については、裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。