（注）
直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の支給額を下回る時に差額を請求するための申請書です。

【記入例】　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

**太枠線内は、すべて記入してください。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 記号・番号 | 1234 ― 123456 | | 事業所名 | (株)〇〇　△△支店 | |
| 出産した者の氏名 | 明治　花子 | | 生年月日 | 昭和 ・平成 〇 年 〇 月 〇 日 | 続柄　妻 |
| 出産日 | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | | 生産又は死産の別 | 生 産 ・ 死 産（ 妊娠　　週） | |
| 出 産 した 医 療 機 関 | 名 称 | 〇〇病院 | | どちらかに〇をつけてください。 | |
| | 所在地 | 東京都〇〇区〇〇　△-△-△ | | | |
| 出 産 に 要した費用 | 400,000 円 | | 差額 | 20,000 円 | |

上記により請求し、この給付金の受領を、私の所属する保険給付受領代理人に委任します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者　〒 〇〇〇-〇〇〇〇
住 所　東京都〇〇区〇〇　△-△-△
氏 名　明治　太郎　㊞

明治グループ健康保険組合理事長 殿

**【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】**

記号・番号の代わりに、マイナンバー（個人番号）を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元（実在）の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

| 備考欄 | |
|---|---|

健 保 受 付 印

| 健康保険事務確認者 | 健康保険事務担当者 |
|---|---|
| | |

（給付様式4-2号）07.04