様式6－2号 ※直接支払制度を利用した場合

≪給付関係≫

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金差額支給申請書

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ								
被保険者の記号・番号				被保険者の氏名		生年月日		
記号		番号		(フリガナ)		昭和 平成	年　月　日	
被保険者の住所	〒　－					電話番号　－　－		
事業所の名称								
出産した年月日	令和　年　月　日			生産又は死産の別	生産(　人)・死産(　人)			
被扶養者(家族)が出産したための申請であるときはその方の	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生			

※重複支給の確認のため記入をお願いいたします

出産した方	被保険者(本人) →退職後(当健康保険組合の資格喪失後)6ヶ月以内の出産ですか	はい ・ いいえ
	被扶養者(家族) →当健康保険組合加入後6ヶ月以内の出産ですか	はい ・ いいえ
はいの場合	被保険者(本人) →現在加入している保険者より出産育児一時金を	受けた/受ける予定 ・ 受けない
	被扶養者(家族) →当健康保険組合加入前に加入していた保険者より出産育児一時金を	受けた/受ける予定 ・ 受けない

支払金融機関	銀行名	支店名又は店名	口座種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
			普通・当座		

※直接支払制度を利用し、出産費用が1児につき50万円(産科医療保障制度に未加入の場合は48万8千円)未満の場合のみ申請してください。　(R7.2)

申請書提出時には、下記の書類を添付してください。

(1)直接支払制度について医療機関と交わした合意文書(コピー可)

(2)医療機関から受け取った出産費用の領収・明細書等(コピー可)

・生産の場合→「出産年月日」「出生児数」の記載があるもの。産科医療保障制度の対象分娩については、産科医療保障制度の対象分娩であることが印字やスタンプ等で明記されているもの。

・死産の場合→「死産年月日」「妊娠週数」の記載があるもの。

受付日付印

鉄道弘済会健康保険組合