常務理事	検　印	担　当

F

決定年月日

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

退職者（申請者）記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者証（右づめ）	記号　　番号	生年月日 □昭和 □平成 □令和　年　月　日
氏名（自署）	（フリガナ）	電話番号（日中の連絡先）☎　（　　）
住所	〒　　－	

□ 本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主へ委任します。また、パナソニック健康保険組合が関係機関等に対して内容照会を行うこと又は当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。（ □に✓を入れてください ）

申請内容

1. 出産した者	□被保険者 □被扶養者	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
2. 出産年月日	□平成 □令和　年　月　日	□ 死産	3. 出生児数	人

資格喪失者の口座

コード番号	（金融機関コード）		（店番コード）
金融機関名称	□銀行 □金庫 □信組 □その他		□本店 □支店 □出張所
預金種別	普通	口座番号	（右づめ）
口座名義人	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）◆ 被保険者名義の口座に限る		
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に□。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします。）□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。		

健保受付印

㊟ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄（戸籍謄本、住民票等） 必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

添付書類

□ 医療機関等から交付される合意文書の写し

□ 出産費用の領収・明細書の写し（産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入医療機関での出産を証明するスタンプを押印したもの）

産科医療補償制度加入機関（産科医療補償制度の対象分娩です。）
※分娩後、出産育児一時金等の申請の際は、この領収書の写しが必要となります。

健保記入欄

SEQ	出産者	出産年月日	産保制度	出生児数	健保給付総額	円
	本人・家族	R	有・無	人	代理受取額	円
					内払金	円