

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日						常務理事	事務局長	リーダー	担当		
	支給額												
	支給内訳	法定							分娩年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			被扶養者届
		付加							認定年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	備考							資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日				
							資格喪失日	昭和・平成・令和 年 月 日					

被保険者
家族

出産育児一時金(差額・付加金)請求書

兼

内払金支払依頼書

直接支払制度利用者用

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 番号	被保険者の 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日								
	被保険者の 現住所	〒 TEL ()										
	事業所名 (所属)	TEL () ()										
	分娩年月日	令和	年 月 日				死産のときは その旨					
	家族の分娩であ るときはその者の	氏名							続柄			
	被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください											
	保険者名称 (健康保険)	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 国民健康保険				保険証記号・番号		—				
					TEL (健康保険)		()					
	被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に 会社で勤務していたときその勤務先				TEL							
	退職後の請求 の場合本人 名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	金融機関番号		店舗番号		口座番号			
本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の 受領に関することを下記の者に委任します。 所在地 事業所名称 事業主名称 ----- 委任者氏名									令和 年 月 日提出			
委任状									 受付日付印			

注意事項

- ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」の写しを添付して下さい。
- イ. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨の合意文書」の写しを添付して下さい。
- ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。