| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ※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 |
| | | | | 認定年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 | | |
| | | 付加 | | 資格取得日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 | | |
| | 備考 | | | 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 11<br>番号 12345 | 被保険者の氏名と印 | 日航　太郎　日航<br>生年月日　昭和・[✓ 平成]・令和　58 年　7 月　10 |
| | 被保険者の現住所 | 〒 123-1234<br>東京都大田区羽田1-2-3 | | TEL　03　（　1234　）　1111 |
| | 事業所名（所属） | 株式会社　JALOO　（△△部　） | | TEL　03　（　5678　）　9999 |
| | 分娩年月日 | 平成 [✓ 令和]　1 年　5 月　3 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　日航　花子 | 続柄 | 妻 |
| | 出生児の氏名 | 日航　桃子 | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | [✓ ある]<br>ない |

**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<br>□ 協会けんぽ<br>□ 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<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | 金融機関番号　店舗番号 | 口座番号 |

該当する方は記入してください

| | | |
|---|---|---|
| 委任状 | 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。 | 令和　年　月　日提出 |
| | 所在地<br>事業所名称<br>事業主名称　事業主証明印を、事業所健保窓口にて、押印いただいて下さい。　印 | 受付日付印 |
| | 委任者氏名　被保険者の署名・捺印が必要です。　印 | |

特例退職（保険証の記号30）及び任意継続（保険証の記号19）の方は記入不要。

**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。