

極秘

## 直接支払制度 有

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金		課長	課長代理	係長	主任	係	
				付加給付費		出産	令和						
支給決定並支出 同	支給(出)	円				出産	令和						
	金額合計	円				年月日	年月日	資格	取得	昭・平・令 年 月 日			
	法定給付額	円				備考欄	産科医療補償 有・無	喪失	令和 年 月 日				
	付加給付額	円						期間	□1年以上/□1年未満				
	支給決定日	令和 年 月 日						代理受取額	円				
支払年月日	令和 年 月 日												

※組合使用欄

被保険者  
家族

## 出産育児一時金・付加金

内払金支払依頼書  
差額請求書

被保険者又は請求者が記入する欄	被保険者証の記号	番号	被保険者の氏名	昭・平・令 年 月 日生		
	被保険者の住所及び電話番号		〒 電話 ( ) -			
	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別(いずれかに○)	生産・死産(妊娠 週)	出産児の数	単胎・多胎( 児)
	被扶養者が出産した場合はその被扶養者の氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	出産した医療機関等の名称・所在地	名称	所在地	〒 電話 ( ) -		
備考欄						

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。				
	被保険者(請求者)の氏名と印	令和 年 月 日	代理人住所	代理人氏名と印	電話 ( ) -
		印			印
			代理人連絡先	電話 ( ) -	

振込先指定口座	金融機関コード	店番号	預金種別	普通・当座	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 口座名義人 (カタカナ)		
	<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。 (受取代理人を指定する場合は利用できません。)				

受付日付印

## ☑提出前にご確認下さい(次の2点が必要です)☑

- 直接支払制度合意文書の「写し」(分娩前に医療機関等と取り交わします)  
 出産・分娩費用明細書の「写し」(出産日・出産児数等が記載されたもの)

社会保険労務士記載欄