

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|---|----------------|-----------|-----------------------|-----|------|----|----|---|----------------|---|
| ※支出費目 | 款 | 保険給付費 | 項 | 法定給付費 付加給付費 | 目 | 出産育児一時金 出産育児一時金付加金 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 主任 | 係 | ※組合 使用 欄 | |
| 支給決定並支出 支給決定並支出 支給決定並支出 支給決定並支出 支給決定並支出 | 支給(出) 金額合計 | | | 円 | 出産 年月日 | 令和 年 月 日 | 取得 | | | | | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 法定給付額 | | | 円 | 備 | | 喪失 | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | 付加給付額 | | | 円 | 欄 | | 格期間 | | | | | | <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満 |
| | 支給決定並支出 支給決定並支出 支給決定並支出 支給決定並支出 | | | 円 | | | 受取額 | | | | | | 円 |

記入例・被保険者本人が出産した時

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

| | | | | | |
|---------------------------|------------------|---|------------------------|------------------|---------------|
| 被保険者の 記号 | 2 3 1 2 | 番号 | 1 0 0 0 0 | 被保険者の 氏名 | 健康 みどり |
| 被保険者の住所 及び電話番号 | 〒231-0000 | | 電話 | 045 (000) 0000 | |
| 出産 年月日 | 令和 5 年 12 月 24 日 | 生産・死産の別 (いずれかに○) | 生産・死産 (妊娠 39 週 1 日) | 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 | 〇〇産婦人科 | | | |
| | 所在地 | 〒231-0000 電話 (045) 000 - 0000 横浜市中区長者町〇〇 | | | |
| 備考欄 | | | | | |

被保険者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 | この欄は下記に記入いただく口座が 被保険者本人の口座である場合は記入不要です |
| 代理人連絡先 | 電話 () - |

| | | | | | | | | |
|-------------|--|--|-----|---|-----------------|-------|----------|---------------|
| 振込先指定 口座 | 金融機関コード | 1 2 3 4 | 店番号 | 5 6 7 | 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | 健康 | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 | 関内 | <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 | 口座名義人 (カタカナ) | | ケンコウ ミドリ | |
| | <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」(出産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)
(産科医療補償制度該当の場合はスタンプ等が確認できるものが必要です)

社会保険労務士記載欄