

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	出産育児一時金	常務理事	事務局長	課長	主任	係	
				付加給付費		出産育児一時金付加金						
支給決定並支出伺	支給(出)	円				出産	平成					
	金額合計	円				年月日	年月日	資格	取得	昭和・平成 年 月 日		
	法定給付額	円				備考欄	資格	喪失	平成 年 月 日			
	付加給付額	円						期間	□1年以上/□1年未満			
	支給決定日	平成	年	月	日			※代理受取額				
支払年月日	平成	年	月	日	円							

※組合使用欄

※上の欄には記入しないでください。

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	2312	番号	2000	被保険者の氏名と印	健保みどり	昭和平成00年00月00日生	
	被保険者の住所及び電話番号	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇			電話(045) 000-0000			
	出産年月日	平成23年12月24日	死産の時はその旨		妊娠経過期間	か月	40	週
	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	年	月 日
	出生児の氏名	健保準人		被保険者との関係	子			
	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	横浜市中区〇〇町〇〇						
		電話(045) 111-1111						

▼字句を訂正する場合は誤った字句を抹消し、訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

受取代理人の欄	本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。※委任しない場合はこの欄には記入しないでください。							
	平成 年 月 日	被保険者(請求者)の氏名と印		⇒	代理人の住所	〒 -	氏名と印	連絡先電話 () -

振込先金融機関	金融機関コード	1234	本支店番号	567	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	2345678
	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	(フリガナ)	預金口座名義	ケンボミドリ 健保みどり	

受付日付印

《 留意事項 》

- この請求書は次の場合に使用ができます。
 - ① 出産育児一時金の直接支払制度を利用した方で、付加金(被保険者:5万円、被扶養者:2万円)の請求をする場合
 - ② 付加金と合わせ、分娩の費用が法定給付金42万円を下回った場合に発生する差額を請求する場合
- 必要な添付書類(上記①、②の場合いずれも次の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。)
 - ・領収・明細書の「写し」(出産日・出産児数等が記載されています。)