

※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	次長	係長	係員	
			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) 金額合計	円		出 産	平成	年 月 日		資 格	取得	昭和・平成 年 月 日		
	法定給付額	円		備 考 欄	年 月 日	年 月 日	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	円				
	支払年月日	平成 年 月 日										

※組合使用欄

▼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。

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

被保険者証の記号	2 3 1 2	番号	1 0 0 0	被保険者の氏名と印	健康 太郎	昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日生
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	平成 23 年 12 月 24 日		生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 40 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	健康 花子		生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		平成	
出生児の氏名	健康 花太郎		被保険者との関係	子			
出生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		
		横浜市中区〇〇町〇〇					

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	平成 年 月 日	代理人住所	代理人氏名と印	代理人連絡先	電話	( )

振込先金融機関	金融機関コード	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	預金種別	□普通・□当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	健康	□銀行 □金庫 □組合	関内	□本店 □支店	預金口座名義人 (カタカナ)		ケンコウ タロウ	

《 留意事項 》

- この請求書は次の場合に使用ができます。
  - 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
  - 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・代理受領額等が記載されています。)

受付日付印

