

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払請求書
家 族 差 額 請 求 書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号と番号	(記号) (番号)	(2) 被保険者(請求者)の氏名と印	(3) ㊟	
	(4) 被保険者(請求者)の住所	TEL ()			
	(5) 事業所の名称	(6) 事業所の所在地			
	(7) 出産した年月日	平成 年 月 日	(8) 出産児数 人	(9) 死産児数 人	(10) 死産の時はその旨
	◎入院して出産したときは、その病産院の	(12) 名称	(13) 所在地		
	◎家族が出産したための請求であるときはその者の	(14) 氏名	(15) 生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日 生
	(16) 出生児の氏名 (多胎の場合は連記してください)	(17) 被保険者と出生児の続柄		(18) 出生児が被保険者の被扶養者で	ある・ない
	(19) 被保険者が出産した場合	該当する支給要件はどちらですか ア:被保険者期間中の出産 イ:資格喪失後6ヶ月以内の出産 イの場合 資格喪失後加入している保険者(協会けんぽ・健保組合等)を下欄に記入してください		(20) 家族(被扶養者)が出産した場合	家族があなたの被扶養者になった時期 ア:出産の日より6ヶ月以上前 イ:その他 イの場合 出産者があなたの被扶養者となる前に加入していた保険者を下欄に記入してください
	(21) 保険者	(22) (21)の連絡先	(23) 被保険者氏名	(24) 被保険者証の記号番号	

(25) 出産費用の貸付を受けていますか。 受けている() 円) ・ い ない

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、出産育児一時金の受領方を委任します。		平成 年 月 日
	住所 被保険者(請求者) 氏名	(26) [(3)と同じ印]	㊟
	所在地 代理人(事業主) 事業所名 氏名	(27)	㊟

平成 年 月 日提出
受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)

()銀行 ()支店 口座名義()

口座:普通・当座(番号:)

○この用紙は、直接支払制度において、出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合に、被保険者等がその差額を保険者に請求する際用の用紙です。

○差額を請求する場合は、この用紙の他に、医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付してください。