

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額							円
出産年月日	年	月	日	喪失	年	月	日
法第106条	該当・不該当	(備考)					

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金内払金(差額)支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	フリガナ		② 事業所の 名称					
	③ 被保険者の (請求者) 氏名	フリガナ		④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	⑤ 被保険者の (請求者) 住所	〒		電話 ()		-			
	⑥ 出産した者 ※被扶養者が出産 した場合のみ記入	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
		続柄			認定日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	⑦ 入院して出産 した時の病院	名称			所在地				
	⑧ 出産年月日	令和	年	月	日	⑨ 生産児数	⑩ 死産児数		
	⑪ 出生児について	氏名	フリガナ		続柄	出生児は被保険者の被扶養者ですか		はい・いいえ	

金 融 機 関 の 欄	預金種別	1.当座 2.普通 3.その他 ()	フリガナ	フリガナ
	口座番号	(銀行・金庫・信組)		(本店・支店・出張所)
	口座名義 (請求者名義)	フリガナ		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				令和	年	月	日	受 付 印	
	被保険者 (請求者)	住所	氏名							
	代理人	住所	氏名							

《添付書類》

- 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- 産科医療補償制度加入医療機関を利用の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の記載がある領収証のコピーを添付ください。
- ※ 退職後に請求する場合は、『現況報告書』を添付ください