

支払年月日	年 月 日							常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円							資格	取得	年 月 日	
									喪失	年 月 日	
出産年月日	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	□昭和 年 月 日 □平成 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	□昭和 年 月 日 □平成 年 月 日	
		続柄			認定日	□平成 年 月 日 □令和 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	
				人		人(妊娠 ヲ月 週)	
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		
					いいえの場合はその理由		

金 融 機 関 の 欄	預金種別	1.当座	フリガナ				
		2.普通	フリガナ				
	3.その他 ()	(銀行・金庫・信組) (本店・支店・出張所)					
	口座番号						
		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。						受 付 印
	令和 年 月 日						
	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