

健 保 記 入 欄	受付年月日	年 月 日	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	決裁年月日	年 月 日	支給年月日	年 月 日				
	支給額		備考					

健康保険（被保険者・被扶養者）

出産育児一時金(差額)請求書

A 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記入日	令和 年 月 日						
	①被保険者の 記号・番号	.			②事業所名称 (所属SC名)			
	③被保険者の氏名				④被保険者の 生年月日	年 月 日		
	⑤被保険者の住所 及び連絡先	〒 - TEL: - -						
	⑥出産の年月日	令和 年 月 日			⑦出生児の数	単児・多児 (児)		
					⑧生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 ヵ月 週間)		
	⑨出産した医療 施設などの	名称						
		所在地						
	⑩家族が出産 した場合	氏名		続柄		生年月日	年 月 日	
	⑪出生児の氏名	氏名		続柄		(注)多児の場合は代表で1児のみ記入		
	⑫振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 ※希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、希望しない・公金口座を登録していない場合は下記の口座情報を記入してください 注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください						
		金融機関名	銀行・信金 信組・農協			本店・支店 出張所		
口座番号 (普通)		口座名義 *カタカナ氏名						

添 付 書 類	直接支払制度を利用しない場合のみ(直接支払制度を利用した差額申請の場合は添付書類不要)							
	1. 合意文書のコピー(医療機関から交付される直接支払制度の代理契約に関する文書)							
	2. 領収明細書のコピー							
	3. 下記B(医師・助産師)またはC(市区町村長)に証明をもらうか、住民票原本を添付してください。							

B 証 明 師 ・ 助 産 師 が	分娩年月日	年 月 日	生産又は 死産の別	生産・死産 (週)	出生児 の数	単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 所在地 名 称 T E L 氏 名					

C 証 明 す る 区 長 が	本籍				筆頭者名		
	出生 届出日	令和 年 月 日	出生児 氏 名		出生 年月日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 市区町村長名 (印) T E L ()						

*受付印

健 欄	受付年月日	年	月	日	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		担当者
		月	日	支給年月日	年	月	日					
				備考								

記入例

健康保険（被保険者・被扶養者）

出産育児一時金(差額)請求書

A 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記入日	令和 8 年 4 月 1 日											
	①被保険者の 記号・番号	1000			999999			②事業所名称 (所属SC名)	渡辺パイプ(株) 新宿SC				
	③被保険者の氏名	健保 太郎						④被保険者の 生年月日	H10 年 1 月 1 日				
	⑤被保険者の住所 及び連絡先	〒 100 - 1000			TEL: 080 - 1234 - 5678			東京都**区**1-1-1					
	⑥出産の年月日	令和 8 年 3 月 25 日			⑦出生児の数	単児 ・ 多児 (児)							
					⑧生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週間)							
	⑨出産した医療 施設などの	名称	○△産婦人科クリニック										
		所在地	東京都**区**9-9										
	⑩家族が出産 した場合	氏名	健保 花子			続柄	妻		生年月日	H10 年 4 月 1 日			
	⑪出生児の氏名	氏名	健保 次郎			続柄	子		(注)多児の場合は代表で1児のみ記入				
	⑫振込希望の 金融機関名 (被保険者の口座)	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金口座(マイナンバーと紐づけた口座)への振り込みを希望します。 ※希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、希望しない・公金口座を登録していない場合は下記の口座情報を記入してください 注)公金口座の登録有無がわからない場合は、必ず下記の口座情報を記入してください											
		金融機関名	みずほ			銀行・信金 信組・農協	新宿		本店・支店 出張所				
口座番号		(普通)	1234567			口座名義 *カタカナ氏名	ケンポ タロウ						

添付書類

- 直接支払制度を利用しない場合のみ(直接支払制度を利用した差額申請の場合は添付書類不要)
- 合意文書のコピー(医療機関から交付される直接支払制度の代理契約に関する文書)
 - 領収明細書のコピー
 - 下記B(医師・助産師)またはC(市区町村長)に証明をもらうか、住民票原本を添付してください。

B 証 明 師 ・ 助 産 師 が	分娩年月日	年	月	日	生産又は 死産の別	生産・死産 (週)	出生児 の数	単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。							
		年	月	日	所在地	名称	TEL	氏名

C 証 明 す る 市 区 町 村 長 が る	本籍				筆頭者名						
	出生 届出日	令和	年	月	日	出生児 氏名	出生 年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。										
		年	月	日	市区町村長名				(印)		
					TEL	()					

*受付印