

支給支払決議書 (健保記入欄)					
伺年月日	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					円
支払差額					円

被保険者  
家族

出産育児一時金 (差額) 請求書

提出日 年 月 日

①被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者の氏名		
		番号	生年月日	年 月 日	
	被保険者の 現住所	〒 — —		TEL — —	
	事業所名 (SC名)	TEL — —			
	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別		新生児の数
			生産・死産 ( 週)		単胎・多胎 ( 児)
	出生児の氏名	フリガナ	姓	名	続柄
		※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可			
	家族が 出産した場合	フリガナ	氏名	姓	名
続柄		生年月日	年 月 日	扶養認定日 ※保険証で確認 年 月 日	
送金先 金融機関名 (被保険者の口座)	銀行 金庫 農協		支店 (普通)	口座番号 _____	
	( )			(フリガナ) 口座名義 _____	

注 意 事 項	<p>&lt;添付資料&gt;</p> <p>直接支払制度を利用した一時金請求の場合</p> <p>1. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</p> <p>2. 領収・明細書のコピー</p> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p>	<p>直接支払制度を利用しない一時金請求の場合</p> <p>3. 合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</p> <p>4. 領収・明細書のコピー</p> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p> <p>5. ②医師・助産師の証明又は③市区町村長どちらかの証明をとってください。</p> <p>とれない場合住民票 (原本) を添付して下さい。</p>	<p>直接支払い制度を利用した場合</p> <p>※以下②③および住民票原本添付は省略可</p>
------------------	---	---	--

②医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	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。					
	所在地	_____		名称	_____	
医師又は助産師の 氏名	_____		TEL	— —		

証③ 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	本籍	_____		筆頭者名	_____
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	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		③	
	TEL	— —			

健 保 記 入	家族出産育児一時金の受給の有無		付加金	有・無	*確認者  印
	有・無	受給年月日 年 月 日	差額支払	有・無	
	先方担当者				

\*受付印

支 給 支 払 決 議 書 (健保記入欄)	
同年月日	担当者
決裁年月日	<div style="background-color: orange; text-align: center; padding: 10px;"> <b>記入例</b>  <b>直接支払制度の差額請求</b> </div>
支給年月日	
支給額	
支払差額	

被 保 険 者  
家 族

出産育児一時金 (差額) 請求書

提出日 R2 年 7 月 1 日

①被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 1000	被保険者の氏名 健保 太郎	
		番号 11111	生年月日 H 1 年 1 2 月 1 日	
	被保険者の 現住所	〒 130 - 0014 TEL 03 - 1234-1234 東京都墨田区亀沢1-1-1		
	事業所名 (部課・店名)	渡辺パイプ (株) TEL 03 - 2222 - 1234 〇〇サービスセンター		
	資格取得日	H 2 6 年 4 月 1 日	資格喪失日 年 月 日	
	分娩年月日	R 1 年 6 月 1 日	生産・死産の別 生産 ( 週 )	新生児の数 単胎 ( 児 )
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ 姓 健保 名 一 郎 続柄 長男	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可	
	家族が 出産した場合	フリガナ ケンボ 氏名 健保 姓 健保 名 ハナコ 続柄 妻	生年月日 H 2 年 8 月 3 日	扶 養 認 定 日 ※ 保 険 証 で 確 認 H 2 8 年 1 2 月 1 日
	送 金 先 金融機関名 (被保険者の口座)	銀行 三井住友 金庫 農協 本所 支店	口座番号 1234567	(フリガナ) 口座名義 ケンボ タロウ

注 意 事 項	<p>&lt;添付資料&gt;</p> <p>直接支払制度を利用した一時金請求の場合</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</li> <li>領収・明細書のコピー</li> </ol> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等でお産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p>	<p>直接支払制度を利用しない一時金請求の場合</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>合意文書のコピー (医療機関から交付される代理契約に関する文書)</li> <li>領収・明細書のコピー</li> </ol> <p>※産科医療補償制度に加入する医療機関等でお産した場合は、必ず所定のスタンプが捺印されていること</p> <p>5. ②医師・助産師の証明又は③市区町村長どちらかの証明をとってください。 とれない場合住民票(原本)を添付して下さい。</p>	<p>直接支払い制度を利用した場合</p> <p>※以下②③および住民票原本添付は省略可</p>
------------------	--	---	--

②医 師・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	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 )
	<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>所在地</p> <p>年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医師又は助産師の</p> <p>氏 名</p> <p>TEL - -</p>					

証③市 区 町 村 長 が	本籍			筆頭者名		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出生年月日	年 月 日	
<p>上記のとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>市区町村長名</p> <p>TEL - -</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						

健保 記入	家族出産育児一時金の受給の有無		付加金	有・無	*確認者
	有・無	受給年月日 年 月 日	差額支払	有・無	
	先方担当者				

\*受付印