

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		続柄	※双子以上の場合も一枚の請求書で提出可		
		姓	名				
	家族が 出産した場合	氏 名	フリガナ		続柄	生 年 月 日	扶 養 認 定 日
姓			名		年 月 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	＜添付資料＞	
	直接支払制度を利用した一時金請求の場合	
	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）	
	２．領収・明細書のコピー ※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	
	直接支払制度を利用しない一時金請求の場合	
	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）	
	４．領収・明細書のコピー ※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	
	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。	
	直接支払い制度を利用した場合 ※以下②③および住民票原本添付は省略可	

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					
	年 月 日					
	名称					
医師又は助産師の						
氏 名						
TEL — —						

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
	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		④	
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
	有・無	受給年月日 年 月 日	差額支払	有・無	
	先方担当者				
					印

*受付印

支 給 支 払 決 議 書 (健保記入欄)					
同 年 月 日		記入例 直接支払制度を使用しない場合			担当者
決 裁 年 月 日					
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	〒 1 3 0 — 0 0 1 4 TEL 0 3 — 1 2 3 4 — 1 2 3 4 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 0 3 — 2 2 2 2 — 1 2 3 4 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	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 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	氏名 フリガナ ケンボ 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 本所 支店 農協			口座番号 1234567	(フリガナ) 口座名義 ケンボ タロウ

注 意 事 項	＜添付資料＞ 直接支払制度を利用した一時金請求の場合 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) 2. 領収・明細書のコピー ※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	
	直接支払制度を利用しない一時金請求の場合 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) 4. 領収・明細書のコピー ※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 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。	直接支払い制度を利用した場合 ※以下②③および住民票原本添付は省略可

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 年 月 日 名称 医師又は助産師の 氏 名					

【注】
医師 (助産師) または市区町村の証明の
どちらかが必要 (どちらか1つ)
※どちらも証明が取れない場合は住民票の原本を添

証③ 市 区 町 村 長 が	本籍					
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名			
	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 TEL — —					

【注】
市区町村長の証明を受け
る場合は、必ず印が必要 交付印

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				