

支給決議	伺年月日	取得年月日	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額	喪失年月日	直接支払制度支払額		被保険者支給額		
		分娩年月日	円		円		

事業所コード	事業所名
01	本社

~~被保険者~~ 家族 出産育児一時金(内払金・差額)請求書

事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ		生年月日	昭和 平成	昭 平	〇〇・〇〇・〇〇						
	16	01	123456	氏名	健康 太郎										
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇区××1-2-3				Tel	000-0000-0000								
	適用事業所	山崎製パン株式会社				取得年月日	平成 令和	〇〇・〇〇・〇〇							
	喪失年月日					令和									
	被扶養者である家族が分娩した場合の請求のときは、その者の	フリガナ	ケンコウ ヤスコ	氏名	健康 保子	生年月日	昭和 平成	昭 平	〇〇・〇〇・〇〇	認定 年月日	平成 令和	〇〇・〇〇・〇〇	続 柄	2 2	配偶者
	出生児の氏名	フリガナ	ケンコウ モモコ	氏名	健康 桃子	続 柄	4 2	次女	出生児が被扶養者となりますか	なる ならない	ならない場合はその理由				
	分娩した医療機関の	名称	××産婦人科				所在地	世田谷区〇〇1-2-3							
分娩した年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	出生児の数	単胎・多胎()児		出産費用(領収・明細書の金額)	398,000 円									

委任状	令和〇〇年〇〇月〇〇日に請求した出産育児一時金(内払金・差額)の受領を委任いたします。	令和〇〇年〇〇月〇〇日	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1	
	本住所 東京都〇〇区××1-2-3 人氏名 健康 太郎		事業所 名称 山崎製パン株式会社 事業所長名 事業 太郎			

※喪失(退職)後の支払い方法	令和 年 月 日提出				支 払	決 議	受 付
	振 込	銀行 支店					
		普/当	No.				
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	名義人(カタカナ)					

次の書類を添付してください。

- ①「直接支払制度」利用に伴う分娩医療機関との「合意文書の写し」
- ②分娩医療機関から発行された「出産費用の領収・明細書の写し」

※産科医療補償制度に加入している分娩医療機関では、「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」が押印されています。