

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

**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	生年月日	昭和 平成
	16		氏名		
	現住所	〒			TEL
	適用事業所				取得年月日 平成 令和
	被扶養者である家族が分娩した場合は、その者の	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 認定月日
	出生児の氏名	フリガナ	氏名	続柄	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	所在地		
	分娩した年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 ( )児	出産費用(領収・明細書の金額) 円

委 任 状	令和 年 月 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。	所在地 事業所 名称 事業所長名
	令和 年 月 日 本住所 人氏名	委任受領者

※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			
	先	普/当 No. 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。