

① 被保険者本人の出産で直接支払制度を利用した場合

伺年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長		係
決裁年 月 日	年 月 日				
支給額	円				
支給内訳	差額(内払)分 円				
	出産育児付加金 円	資格取得	年 月 日		
医療機関等支払額	直接支払分 円	資格喪失	年 月 日		
標準報酬月額	円 (第 級)	支払年月日	年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金差額(内払)・付加金支払依頼書

① 被保険者証の記号一番号	② 事業所の名称	③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被保険者の氏名	⑤ 被保険者の生年月日	⑥ 分娩年月日	年 月 日
⑦ 死亡のときはその旨	⑧ 分娩した場所 医療施設等の名称 医療施設等の所在地		
⑨ 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日	年 月 日	⑩ 出生児の氏名	⑪ 出生児の生年月日
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で あり / なし	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由	
⑭ 他制度から給付を受けているかどうか	受けていない / 受けている	⑮ 振込希望の銀行	銀行 支店 口座番号 口座名義(カタカナ)
⑯ 備考	添付書類をそえて上記のとおり申請します。 被保険者の住所 氏名		

資格喪失後及び扶養認定6ヶ月以内の請求の方は下欄を記入してください。

*資格喪失後6ヶ月以内出産の出産育児一時金を請求する方の欄

※ 資格喪失後6ヶ月以内の申請の場合は、上記に併せ、こちらの欄も必ず記入すること。

被扶養者が以前加入していた健康保険証に関する記入欄
 ○ 記号 () 番号 ()
 ○ 被保険者氏名 [世帯主名(国保)] _____
 ○ 保険者名 ※ [健康保険組合名] _____
 電話 ()

※ 加入健康保険が全国健康保険協会の場合は各都道府県支部名
 加入健康保険が国民健康保険の場合は市町村役場名

*扶養認定後6ヶ月以内出産の家族出産育児一時金を請求する方の欄

被扶養者が以前加入していた健康保険証に関する記入欄
 ○ 記号 () 番号 ()
 ○ 被保険者氏名 [世帯主名(国保)] _____
 ○ 保険者名 ※ [健康保険組合名] _____
 電話 ()

※ 加入健康保険が全国健康保険協会の場合は各都道府県支部名
 加入健康保険が国民健康保険の場合は市町村役場名

【添付書類】

- 医療機関等から交付される、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度合意文書の写し
- 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し(※注)
- (※注) 医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプが押印されており、かつ代理受取額の記載があるもの

② 扶養に入っている家族の出産で直接支払制度を利用した場合

伺年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長		係
決裁年 月 日	年 月 日				
支給額	円				
支給内訳	差額(内払)分 円				
	出産育児付加金 円	資格取得	年 月 日		
医療機関等支払額	直接支払分 円	資格喪失	年 月 日		
標準報酬月額	円 (第 級)	支払年月日	年 月 日		

被保険者 家族 出産育児一時金差額(内払)・付加金支払依頼書

① 被保険者証の記号一番号	② 事業所の名称	③ 被保険者の標準報酬月額	円
④ 被保険者の氏名	⑤ 被保険者の生年月日	⑥ 分娩年月日	年 月 日
⑦ 死亡のときはその旨	⑧ 分娩した場所 医療施設等の名称 医療施設等の所在地		
⑨ 家族の分娩であるときはその氏名・生年月日	年 月 日	⑩ 出生児の氏名	⑪ 出生児の生年月日
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で あり / なし	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由	
⑭ 他制度から給付を受けているかどうか	受けていない / 受けている	⑮ 振込希望の銀行	銀行 支店 口座番号 口座名義(カタカナ)
⑯ 備考	添付書類をそえて上記のとおり申請します。 被保険者の住所 氏名		

資格喪失後及び扶養認定6ヶ月以内の請求の方は下欄を記入してください。

*資格喪失後6ヶ月以内出産の出産育児一時金を請求する方の欄

現在加入している健康保険証に関する記入欄
 ○ 記号 () 番号 ()
 ○ 被保険者氏名 [世帯主名(国保)] _____
 ○ 保険者名 ※ [健康保険組合名] _____
 電話 ()

※ 加入健康保険が全国健康保険協会の場合は各都道府県支部名
 加入健康保険が国民健康保険の場合は市町村役場名

*扶養認定後6ヶ月以内出産の家族出産育児一時金を請求する方の欄

被扶養者が以前加入していた健康保険証に関する記入欄
 ○ 記号 () 番号 ()
 ○ 被保険者氏名 [世帯主名(国保)] _____
 ○ 保険者名 ※ [健康保険組合名] _____
 電話 ()

※ 加入健康保険が全国健康保険協会の場合は各都道府県支部名
 加入健康保険が国民健康保険の場合は市町村役場名

【添付書類】

- 医療機関等から交付される、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度合意文書の写し
- 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し(※注)
- (※注) 医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプが押印されており、かつ代理受取額の記載があるもの