

※支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	グループ長	担当		
	支給額										
	支給内訳	法定									被扶養者届
		付加									
	備考										

被保険者
 家族
 出産育児一時金(差額・付加金)請求書
 兼
 内払金支払依頼書

直接支払制度利用者用

被 保 険 者 が 入 社 と こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名と印	生年月日 昭和・平成 年 月 日	㊟	
	被保険者の現住所	〒 TEL ()				
	事業所名(所属)	(TEL ())				
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産のときはその旨			
	家族の分娩であるときはその者の	氏名	続柄			
	出生児の氏名	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか			ある ない	
	被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください					
	被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください					
	保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	—	
	被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に会社で勤務していたときその勤務先		TEL ()			
退職後の請求の場合本人名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号	
委任状	本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に関することを下記の者に委任します。			平成 年 月 日提出		
	所在地 事業所名称 事業主名称			受付日付印	
	委任者氏名				

注意事項

- ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」の写しを添付して下さい。
- イ. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨の合意文書」の写しを添付して下さい。
- ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。