

決裁年月日	平成	年	月	日
伺年月日	平成	年	月	日
総支給額				円
内訳	医療機関代理受取額			円
	出産育児一時金内払金・差額			円
	出産育児付加金			円
分娩年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長	会計	扱者
資格取得	平成	年	月 日
資格喪失	平成	年	月 日

被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書 ・ 差額申請書  
 家族 出産育児付加金 請求書

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 被記号・番号	被保険者の氏名と押印		印	
	被保険者の住所	被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	事業所の名称	分娩した当時の 標準報酬月額	千円		
	分娩年月日	平成 年 月 日	死亡のときはその旨		
	分娩した場所	医療施設等の名称			
		医療施設等の所在地			
	家族の分娩である ときはその者の	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	出生児の氏名	被保険者と出生児 の 関 係	出生児が被保険者の被扶 養者であるかどうか	ある ・ ない	
	出生児が被扶養者でない ときはその理由	備考			

委 任 状	私は、	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金） 円を受領方を委任します。	平成 年 月 日
		住所 被保険者 氏名	印
		..... 事業主 住所 氏名	印

振 込 先	資格喪失後（退職後）の請求の場合のみ記入		
	金融機関名	種別・口座番号	普通 当座
	支店名	(フリガナ) 口座名義	

( 受付日付印 )

添付書類 ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書（写）

「専用請求書の内容と相違ない旨」、「出生日」および「出生児数」の記載があること。

「産科医療補償対象分娩」である場合は所定のスタンプが押印されていること。

②医療機関等と交わした「直接支払制度合意文書」（写）

\*医療費通知にて代理受取額が医療機関へ支払われたことを確認後、差額申請書として提出する場合は添付書類不要。