

決裁年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
<b>直接支払制度を利用した場合の請求書です。</b>					
被扶養者の出産の場合は、出産費用が出産育児一時金の額を下回った場合のみ申請してください。 被保険者自身の出産の場合は出産育児付加金がありますので、出産費用にかかわらず申請してください。					
出産育児付加金					
分娩年月日		平成 年 月 日			

<b>記入例</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	出産育児一時金	内払金支払依頼書	・ 差額申請書
	<input type="checkbox"/> 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 記号・番号	10 ○○○○○	被保険者の氏名と押印	健康 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 健康	
	被保険者の住所	愛知県名古屋市中区○△-□-□		被保険者の生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
	事業所の名称	(株)トーエネック ○○支店		分娩した当時の標準報酬月額	260 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	ケンコウクリニック			
		医療施設等の所在地	名古屋市○区○○○○町4-33			
	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	健康 小太郎	被保険者と出生児の 関係	長男	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
出生児が被扶養者でないときはその理由	出生児の父の被扶養者となるため		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）			
	金	円の受領方を委任します。			
	被保険者	住所	名古屋市中区○△-□-□		<input checked="" type="checkbox"/> 健康
	事業主	住所	事業主の証明が必要です。		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
	支店名	(フ)	(口)

在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名・押印いただき、事業主へ提出してください。  
 退職後の請求の場合は、被保険者へ直接お支払いいたします。  
 被保険者名義の振込希望金融機関を振込先欄へご記入下さい。

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。