

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書

(直接支払制度・受取代理制度 差額支給用)

令和 年 月 日 提出

支給額	¥			事務長	担当者	担当者	入力者
請求金額	¥						
差額支給	¥	資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日		
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号	部署番号	氏名番号及び氏名 印				
	現住所 〒	TEL - -					
	分娩者名		分娩者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄		
	分 年 月 日	令和 年 月 日	出生児 氏 名		続柄		
	流産・死産の場合	ヵ月 週の流産又は死産である。		被扶養者(分娩者)認定年月日	平成・令和 年 月 日		
	入院して出産した時の分娩機関	名称 所在地					
	出生児が被扶養者でないときの理由	続柄： 氏名： の扶養者である。 ↳ 名鉄健保に加入...している ・ していない					
証 明 欄	所属長	役 職 氏 名 印	事業主 または 代務者 印				
	請求金額の受領を上記事業主(または代務者) 被保険者 に委任します。 氏 名 印 (被保険者が記入する欄と同一の印鑑を使用すること)						

※この請求書は、直接支払制度、または受取代理制度を利用し、出産費用が出産育児一時金を下回る場合に、差額請求用として使用すること

※4ヶ月以上の流産・死産の場合は、死産届または埋葬許可証の写しを添付すること

【添付書類】

● 医療機関発行の出産費用の領収・明細書の写し

* 下記の内容が記載され、押印されていること

(直接支払制度利用の場合→出産費用の内訳・出産年月日・出生児数・専用請求書の内容と相違がない旨が記載されていること)

(産科医療補償制度加入分娩機関で出産の場合、制度加入機関であることを証明する「スタンプ」の押印、または「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言があること)

● 被保険者退職の場合は、銀行振込依頼書を添付すること