出産（家族出産）育児一時金 請求書(直接支払制度差額支給用)

**★この請求書は直接支払制度を利用し、出産費用が４２万円(＊)未満の場合に差額を請求する場合に使用します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ | 被保険者証の  記号・番号 | | |  | |  | | | | 事業所の  名　称 | | |  | | | | | |
| 出産した年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 生産・死産  の　別 | | | 生　産　・　死　産 | | | | | |
| 出　生　児　氏　名 | | |  | | | | | | 出生児が被扶養者かどうか | | | あ　　る  被扶養者で  な　　い | | | | | |
| 出生児が被扶養者で  ないときはその理由 | | | １．夫の被扶養者にする　　　　　　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 入　院　期　間 | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 退職後  の出産  の場合 | 夫の保険証の  記号・番号  及び保険者名 | | 記　　号 | | 番　　号 | | | | 保　　険　　者　　名 | | | | | | | | |
|  | |  | | | | * 全国健康保険協会（　　　　　　　　）支部 * （　　　　　　　　　　　　）健康保険組合 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| この欄は被扶養者  が出産したときに  記入してください | 被扶養者の | | 氏　名 |  | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 家族が出産前６か月以内に勤務したことがあるときはその事業所の | | 名　称 |  | | | | 資格期間 | | | | | 加入していた健康保険 | | | | |
| 所在地 |  | | | | 年　　月　　日  ～  　年　　月　　日 | | | | | 記号・番号 | | | | 保険者名(例:愛鉄連健保) |
| ＴＥＬ |  | | | |  | |  | |  |
| （フリガナ）  払渡し希望  銀行の口座 | |  |  | | | 預金の種類 | 普通  当座  貯蓄 | 店番 |  | | | | | 口座名義人氏名（被保険者） | | | |
|  | 銀 行  信用金庫 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | |
|  |  | | | 口座  番号 |  | | | | | 氏名 | |  | |
|  | 本店  支店  ※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。 | | |

上記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　年　　月　　日　　　被保険者（請求者）住所

愛鉄連健康保険組合理事長 殿　 被保険者（請求者）氏名

ＴＥＬ　（　　　　）　　　　－

**【注】出産費用が42万円(＊)に満たない場合の差額を申請する場合は、医療機関等で退院時に渡された出産費用についての領収書(費**

**用内訳書)及びこれに付随する明細書の写し※を添付してください。**

**※　領収・明細書には「出産年月日」、「出生児数」、「代理受取額」、「直接支払制度を用いている旨」等の記載があるもの**

**□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）**

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に

☑を入れてください。

**（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する**

**場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 備 考 欄 |  |

**（＊) 産科医療保障制度未加入の医療機関での出産の場合は40万4千円となります。**

|  |  |
| --- | --- |
| 金額の受領を委任する  ときに記入するところ | 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。  　　　年　　　月　　　日  被保険者(請求者)  氏　名  委任された者の  事業所名  住　　所  氏　　名 |

（令和1年5月1日　改）