

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		平成 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 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		平成 年 月 日		日 間			
	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 ()			
	記 入 し て く だ さ い	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 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			平 年 月 日	記号・番号
		TEL			平 年 月 日			
(フリガナ)	払渡し希望 銀行の口座	銀 行	預 金 の 種 類	普 通 当 座 貯 蓄	店番	口座名義人氏名 (被保険者)		
		信 用 金 庫			口 座 番 号	フリガナ		
		本 店				氏 名		
		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。

〒

平成 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。

と 金 額 の 記 入 を 委 任 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。
	平成 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 _____ ㊟