

常務理事	事務長	主任	係

出産育児一時金内払金・差額支払申請書

被保険者が記入するところ	被保険者等の記号・番号 ※枝番は記載不要です				被保険者の生年月日			
					年 月 日			
	被保険者(申請者)の氏名		(フリガナ)		印			
	被保険者(申請者)の住所		郵便番号		(フリガナ)			
					電話 ()			
	被扶養者が出産したための請求であるときは、その者の氏名				生年月日		年 月 日生	
	出産した年月日		年 月 日		生産または死産の別			
					生産・死産・生産死産混在			
「生産」の場合 出生児数		人		「死産」の場合 死産児数		人		
				「死産」の場合 妊娠経過期間		満 週		
出産した医療機関等		名称		所在地				

●以下の支給額を申請いたします。

法定給付	出産育児一時金(50万円-出産費用)	*産科医療補償制度未加入の分娩機関の場合、50万円が48.8万円となります	円
付加給付	出産育児一時金付加金	被保険者の出産の場合 被扶養者の出産の場合	100,000円 50,000円
計			円

●給付金の支払いについては、社員の方は「健保給付金」として給与で、役員・任意継続被保険者等の方は、指定口座振込みで支給いたします。

◀ 添付書類について ▶ **下記の書類を必ず添付してください！！**

①医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書のコピー

医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および

「産科医療補償制度」の加算対象出産であることを証明する所定の印(スタンプ)が押印されています。

②医療機関等から交付された直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書のコピー

【必ずご確認ください】

領収・明細書に「出産年月日」・「出生児数」(生産の場合)、「死産児数」・「妊娠週数」(死産の場合)の記載がない場合は裏面の証明欄の記入が必要です。

受付日付印

裏面もあります

出産育児一時金内払金・差額支払申請書

医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書に「出産年月日」・「出生児数」(生産の場合)、「死産児数」・「妊娠週数」(死産の場合)の記載がない場合は以下の証明欄の記入が必要です。

注)領収・明細書に「出産年月日」・「出生児数」(生産の場合)、「死産児数」・「妊娠週数」(死産の場合)の記載があれば、証明欄の記入は不要です。

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	
	出産者氏名 出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠) 週
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名
証明欄 (いずれかにご記入ください)	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	
	本籍 母の氏名 出生児氏名	筆頭者氏名 出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		市区町村長名 印