

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 | 被保険者証等記号番号 — | | 部署番号 | 氏名番号及び氏名 印 | | | |
| | 現住所 〒 | | | | TEL — — | | |
| | 分娩者名 氏 | | 分娩者 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | 続柄 | | |
| | 分娩 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 | | |
| | 受領委任欄 | | | | | | |
| 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