

- ☐ 被保険者
☐ 被扶養者

出産育児一時金等内払金(差額)請求書

令和 年 月 日

被保険者記入欄：該当する項目に✓を入れてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日			
	記 号		⑩				☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和			
	番 号									
	被保険者の現住所		〒 - 電話 - -							
	会社・所属の名称		会社名				所 属			
	分娩した年月日		令和 年 月 日	生産または死産の別			☐ 生産 ☐ 死産（妊娠 週）			
	分娩した方の氏名					続柄		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	
	出生児の氏名					続柄				
	出生児は被扶養者ですか？		☐ 被扶養者 ☐ 被扶養者でない			被扶養者でないときはその理由				
	他健保等から出産育児一時金の給付を受けていますか？				☐ 受けている ☐ 受けていない					
	分娩した医療機関の名称									
	所 在 地									
	直接支払制度利用の有無		☐ 有 ☐ 無							
分娩に要した費用		合計 円								

委 任 状	令和 年 月 日					
	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	〒 - 被保険者 住所					
	(請求者) 氏名 ⑩					
〒 - 代理人 住所						
(事業主) 氏名 ⑩						
受付日付印						

- この用紙は、直接支払制度において、出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合に、被保険者等がその差額を保険者に請求する際の用紙です。
- 差額を請求する場合は、この用紙のほかに、医療機関から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付してください。
- 出生児の氏名記入欄において、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。