

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 00 年 00 月 00 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	健 保 太 郎	⑧	<input type="checkbox"/> 昭和
	番 号	0000			<input checked="" type="checkbox"/> 平成 00 年 00 月 00 日
	被保険者の現住所	〒 000 - 0000		電話 00 - 0000 - 0000	
	東京都港区南青山〇丁目〇〇番〇〇号				
	会社・所属の名称	会社名	科研製薬株式会社	所 属	健康保険組合
	分娩した年月日	令和 00 年 00 月 00 日	生産または死産の別		<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)
	分娩した方の氏名	健 保 花 子	続柄	妻	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 00 年 00 月 00 日
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和
	出生児の氏名	健 保 一 郎	続柄	長男	
	出生児は被扶養者ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない			
分娩した医療機関の名称	科研マタニティクリニック				
所 在 地	東京都文京区本駒込〇丁目〇〇番〇〇号				
直接支払制度利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
分娩に要した費用	合計		000,000 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。	受付日付印
	被保険者 住所 〒 -	
	(請求者) 氏名 〒 -	⑧
代理人 住所 〒 -		
(事業主) 氏名 〒 -	⑧	

○ 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。