

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	差額支給金額 (法定給付額)						円
				出産費用						円
支給日	令和 年 月 日			備考						
決定日	令和 年 月 日									
受付日	令和 年 月 日									

被保険者

家族

出産育児一時金等内払金支払依頼書

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者等	記号			番号						
会社名					所属名					
分娩年月日	令和	年	月	日	分娩の状況	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> 健保	
分娩者名					生年月日	昭平	年	月	日	被保険者との続柄
出生児氏名					被保険者との続柄					
扶養の有無 (理由)	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 配偶者の扶養となる為 <input type="checkbox"/> その他 ()					
医療機関名										

<添付必要書類>

- ・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー
領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提供する「専用請求書の内容と相違ないこと」および「産科医療補償制度の対象分娩であること（該当する場合のみ）」が明記されています。

※被扶養者となる出生児の場合は、「健康保険 被保険者異動・被扶養者認定申請書（様式01）」を提出してください。