

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

被保険者証	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>

1. 医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した「出産費用明細書(写し)」を添付して下さい。
2. 明細書には「専用請求書の内容と相違ない旨の記載」及び「産科医療補償制度の対象であることを証するスタンプ」の押印がなされています。(スタンプが無い場合は、スタンプが押印された請求書等も添付して下さい)

※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」を提出してください。