

受 付 年 月 日		年	月	日
伺 年 月 日		年	月	日
決 裁 年 月 日		年	月	日
差 額 支 給 額		円		
内 訳	医療機関代理受取額	円		
	出産育児一時金総額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		
支 払 年 月 日	年 月 日		

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金(差額)申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の記号・番号		記 号	番 号	被保険者の氏名 ・生年月日	フリガナ		
						昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生		
	被保険者の 住所・電話 番号		〒			電 話 番 号		
						日中の連絡先		
	事 業 所 の 名 称・電話番号		名 称				電 話 番 号	
	被扶養者の出産である ときはその氏名・生年 月日		フリガナ			分娩日	令和 年 月 日	
			(続柄)				単胎 ・ 多胎 ()	
	出 産 し た 医 療 機 関 の 名 称・所在地・ 電話番号		名 称				電 話 番 号	
			所在地	〒				
	被保険者に対する支払金融機関							
銀行			支店	1.普通 2.当座	No.	口座 名義	フリガナ	
上記のとおり申請します。								
令和 年 月 日								
被保険者氏名								

【被保険者の方へ】

◎この書類は、出産育児一時金の受取りについて医療機関と直接支払制度に合意を交わされた方のうち、出産費用が 42 万円
以内に収まった方の差額請求の用紙です。(ただし、産科医療補償制度に未加入の医療機関での分娩は 39 万円までです。)

.....
受付年月日