

※この請求書は平成22年4月以降の出産用です

(注意事項)

イ、ア、
「」を出生
出生入が
出生児が
出生児は、
は、あ
○つだ
○たさ
時間間
生も
存なく
して死
死亡し
たとき
等と記
入して
くださ
い。

エ、ウ、
申か「死
②①請つ産
直医にこ
接療際内
支機しに
払関、記
制か以
度下の
を領書
利用収類
す・明必
旨細ず
の書添
合意の
文書写
し、
死産
である
か、

受付年月日	年	月	日				
同年月日	年	月	日				
決裁年月日	年	月	日				
支給決議書	支給決定の額	支払額		円	摘要	取得	年 月 日
		法定	出産育児	円		喪失	年 月 日
		付加	出産育児	円		備考	
	分娩の日		年 月 日				

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金【差額】請求書

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	第 号	② 被保険者(請求者)の氏名と印	③ 印	
	④ 被保険者の現住所	〒 TEL 方			
	⑤ 事業所の名称				
	⑥ 分娩した年月日	年 月 日	1:生産児数 人	2:死産児数 人	⑦ 死産のときはその旨 (妊娠 週)
	⑧ 家族が分娩したための請求の時はその旨	(ア) 氏名	(イ) 続柄	(ウ) 生年月日	年 月 日
	⑨ 出生児の氏名	⑩ 被保険者と出生児との続柄		⑪ 備考	
	⑫ 健康保険保険者名	健康保険保険者名	保険者の電話番号	記号・番号	勤務先名称
	被保険者の分娩が資格喪失後であるときは現在の健康保険の種類				
	家族の分娩が被扶養者となつてから6ヶ月以内のときは、以前の健康保険の種類				
	⑬ 分娩した場所	医療施設等の名称	所在地		
	⑭ 直接支払制度	利用している ・ 利用していない			

受付日付印

銀行	支店	1:普通 2:当座	口座番号
フリガナ	口座名義	(請求者名義のみ)	

※口座名義は必ず被保険者名義をご記入下さい。