

支給決議	発議	令和 年 月 日					決裁	扶養照合
	決議	令和 年 月 日						
	決定額						資格取得：昭・平・令 年 月 日	
							資格喪失：令和 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（本人）が記入するところ	被保険者証の記号番号	—		被保険者（本人）の氏名	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。		
	被保険者（本人）の住所・電話番号	〒 —		※団地・アパートの場合は、その名称、住宅番号、〇〇方を必ずご記入ください			TEL ()
	事業主（会社）の名称				TEL ()		
	分娩した年月日	令和 年 月 日	生産 児数	人	死産 児数	人（妊娠 日）	
	入院（分娩）した病院の所在地・名称	名称					
		所在地					
	家族の分娩である時は	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日	
	出産した方	●被保険者⇒退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族⇒当組合に加入後6か月以内の出産ですか。			1. はい 2. いいえ はいの場合は下の質問へ		
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について				保険者名		
					記号・番号		
同一の出産について、上の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた／受ける予定 2. 受けない			

※一時金の支給には分娩日から3ヶ月程度かかります。

R4.6 改訂

添付書類

- ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
- ②医療機関等から交付される直接支払制度の合意文書の写し