

決議 No.	常務理事	事務長	係

受付	年 月 日	決裁	平成 年 月 日	支払	平成 年 月 日			
支給額	円	被扶養者 照合者印	資格	得	昭和 年 月 日	任継資格	得	平成 年 月 日
			喪	平成 年 月 日	喪		平成 年 月 日	
計算式	(出産育児一時金額)		-		(代理受取額)		= (支給額)	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書 (差額支払請求書)

※この請求書は、直接支払制度を利用し、出産費用が42万円未満（産科医療補償制度未加入の場合は40万4千円未満）で収まった場合に、その差額分を健保組合に請求する請求書です。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号		被保険者の勤務する事業所の名称	
		番号			
	被保険者の氏名・印	(フリガナ) ※氏名を自書された場合、捺印は不要です		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	被保険者の住所	〒 TEL			
	分娩年月日	平成 年 月 日	死産のときはその旨		
	入院して分娩したときはその病産院の	名称	所在地		
	家族が分娩したときはその者の	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	出生児の氏名	被保険者と出生児の続柄			
	出生児は被扶養者ですか	被扶養者で	ある ない	出生時が被扶養者でない時はその理由	1. 配偶者が扶養する 2. その他 ()
	家族出産の場合	他の健保組合（国保含む）にこの出産育児一時金の請求を 1.する 2.しない 3.した			
	出産した扶養家族が退職後6ヶ月以内の出産であるか否か（該当に○）	ある ない	名称	「ある」の場合は退職前に加入していた健保の名称・記号・番号	
				記号	番号
分娩機関は産科医療補償制度に加入して		1. いる（注2の押印必要）			2. いない

※退職後（任意継続をしていた方はその資格を喪失した後）6ヶ月以内の分娩であれば、被保険者出産育児一時金として加入していた健康保険組合へ請求できます。

(注1) 次の添付資料が必要です。

医療機関等から交付された出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し
（「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されていること）

(注2) 産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合は、上記（注1）の領収・明細書に制度加入の分娩機関であることを証明するスタンプ印が押印されています。