

支給決定及 支払伺	保険給付費	法定給付費	出産育児一時金		出産育児一時金	円
					出産費用	円
	理事長	常務理事	事務長	担当者	差額支給額	円
					支払年月日	
				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 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所 ・コーセーG・アルビオン・その他（ ）	所属	部・課 支店	
	被保険者 （請求者）の氏名	（フリガナ）		生年月日	社員番号		
	被保険者 （請求者） の住所	〒	-	TEL	（		
	分べんした年月日	令和	年	月	日	死産のときは、その旨	妊娠 経過期間 ヶ月 週
	資格喪失後、6ヶ月以内の申請ですか	はい・いいえ→「はい」の場合、現在加入している健保の「不支給証明書」を添付してください 必要に応じ、当健保から現在加入健保様へ確認の連絡をさせていただきます					
	被扶養者が分べんしたための 請求であるときはその者の	氏名				生年月日	昭和 平成
	出生時児の 氏名			被保険者と出生児 の続柄			出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか ある・ない
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由						
	委任状 令和 年 月 日 給付金の受領を事業主に委任します 被保険者氏名(自署) 退職者・任意継続被保険者の方は記入不要						

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



受 付 印

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 （請求者と同一）	フリガナ		
	氏名		

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。（修正テープ、修正液使用不可）

- <必要添付書類>
- ①医療機関等から交付される直接払いに係る「代理契約」に関する文書の写し
 - ②退院時に精算した出産費用の「領収書・明細書」の写し
 - ③資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は現在加入健保の「出産育児一時金不支給証明書」