

直接支払制度を利用した場合の請求書です。

被扶養者の出産の場合は、出産費用が出産育児一時金の額を下回った場合のみ申請してください。
被保険者自身の出産の場合は出産育児付加金がありますので、出産費用にかかわらず申請してください。

出産育児付加金							円
分娩年月日	令 和	年	月	日			

記入例

被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書・差額申請書
 家族 出産育児付加金 請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	10 〇〇〇〇〇	被 保 険 者 の 氏 名	健康 花子							
	被 保 険 者 の 住 所	愛知県名古屋市中区〇△-□-□		被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
	事 業 所 の 名 称	(株)トーエネック 〇〇支店		分 娩 し た 当 時 の 標 準 報 酬 月 額	260 千円						
	分 娩 年 月 日	令 和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	死亡のときはその旨		
	分 娩 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称	ケンコウクリニック								
		医 療 施 設 等 の 所 在 地	名古屋市〇区〇〇〇〇町4-33								
	家 族 の 分 娩 であるときはその者の	氏 名			生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日		
	出 生 児 の 氏 名	健康 小太郎	被 保 険 者 と 出 生 児 の 関 係	長男		出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 であるかどうか	ある ・ <input checked="" type="radio"/> ない				
	出 生 児 が 被 扶 養 者 で ないときはその理由	出生児の父の被扶養者となるため		備 考							

委 任 状	私は、	を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金）									
	金	円の受領方を委任します。			平成 年 月 日						
	被 保 険 者	住 所	名古屋市中区〇△-□-□								
	氏 名	健康 花子									
事 業 主	住 所	事業主の証明が必要です。									
氏 名											

振 込 先	資格喪失後（退職後）の請求の場合のみ記入			在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名いただき、事業主へ提出してください。 退職後の請求の場合は、被保険者へ直接お支払いいたします。 被保険者名義の振込希望金融機関を振込先欄へご記入下さい。						
	金融機関名		種別							
	支店名		(フ 口							

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（写）
「専用請求書の内容と相違ない旨」、「出生日」および「出生児数」の記載があること。
「産科医療補償対象分娩」である場合はスタンプが押印されていること。
②医療機関等と交わした「直接支払制度合意文書」（写）
*医療費通知にて代理受取額が医療機関へ支払われたことを確認後、差額申請書として提出する場合は添付書類不要。