

(様式 3)

受付年月日	令和 年 月 日	
決定年月日	令和 年 月 日	
支払年月日	令和 年 月 日	
支給額	円	
支払内訳	出産育児一時金の額 A	円
	直接払出産育児一時金の額 B	円
	出産育児一時金の差額 A - B	円

常務理事	事務長	担当

資格取得	平成・令和 年 月 日
資格喪失	平成・令和 年 月 日
被扶養認定日	平成・令和 年 月 日

被保険者
家族 出産育児一時金請求書 (差額支給用)

① 被保険者の記号・番号 —	②事業所	名称 所在地	
③ 被保険者の氏名 (フリガナ)	④被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日		
⑤ 被保険者の住所			
⑥ 被扶養者の分娩 である時は、その 氏名・生年月日	被扶養者の氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日		
⑦ 出産した年月日 令和 年 月 日	⑧ 生産または死産の別 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在 3.死産の場合、妊娠からの週数	満 週 (日)	
対象児数 人			
⑨ 出産した医療 機関の	名称 所在地		
⑩ 振込希望の 銀行名	金融機関名	支店名	預金種別
	銀行	支店	普通・当座
	口座番号	口座名義人	

《 注意事項 》

- ※ 太枠の中の①から⑩について記入をしてください。
- ※ 医療機関から交付される、費用の内訳が記載された出産費用明細書等(「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されている)の写しを添付してください。
- ※ 医療機関から交付される「出産育児一時金の医療機関直接支払制度に係る文書」の写しを添付してください。