

受付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
決定年月日	健保組合使用欄			
支払年月日				
支給額				
出産				
支払内訳	直接払出産育児一時金の額 B			
	出産育児一時金の差額 A - B			
		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	〇〇株式会社
6100—1234		所在地	熊本県〇〇市
③ 被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ リョウイチ	④被保険者の 生年月日	
健保 良一		昭和・平成 63年 10月 10日	
⑤ 被保険者の住所	熊本県〇〇市△△区□□町〇〇		
被扶養者の分娩 ⑥ である時は、その 氏名・生年月日	被扶養者の氏名 ケンポ ヨシコ	生 年 月 日	
健保 良子	昭和・平成 3年 2月 1日		
⑦ 出産した年月日	令和 7年 4月 1日	⑧ 生産または死産の別	1.生産 2.死産 3.生産・死産混在
対象児数	1 人	3.死産の場合、妊娠からの週数	満 40週 (日)
⑨ 出産した医療 機関の	名 称	〇〇病院	
	所 在 地	熊本県〇〇市	
⑩ 振込希望の 銀行名	金 融 機 関 名	支 店 名	預 金 種 別
	〇〇 銀行	〇〇 支店	普通・当座
	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
	12345678	ケンポ リョウイチ	

《 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。