

支給決議書	同年月日	年		月	日	常務理事	事務長	会 計	係	被扶養者台帳照合印	
	支払年月日										
	支 払 額		拾万								
	支給内訳	法定	款	項	目						
	付加										
健康保険組合 記入欄											
出 産 の 日						年		月	日	要	
						資格		得	年	月	日
						喪		年	月	日	
						決定標準報酬月額					千円

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者・家族		出産育児一時金 付加金・差額 支給申請書										年 月 日 提出		
	① 被保険者証の 記号・番号		記号	番 号		②被保険者の 氏名と印		(フリガナ) ナカムラ ハナコ							
			保険証をご確認下さい				中村 花子 (印)								
	③ 被 保 険 者 の 住 所		〒 — Tel () —												
	④ 事業所の名称		株式会社 中村屋												
	被扶養者が出産したための 請求であるときは、その方の		氏 名		生年月日		年 月 日生								
	⑤ 出産した 年 月 日		2	3	1	2	2	6	⑥生産児数 1 人	⑦死産児数 人	死産の時 はその旨	妊 娠 経過期間	ヵ月 週		
	入院して出産した 時は、その病産院の		名 称		〇〇産婦人科		所在地		東京都〇〇区〇〇2-2-2						
	⑧ 出生児の 氏 名		(フリガナ) ナカムラ イチロウ						被 保 険 者 と 出生児の続柄		長男				
			中村 一朗												
出産にかかった費用…A *医療機関が発行した明細書の 『妊婦合計負担額』又は 『医療機関代理受取額』を記載		520,000円		差額分支給申請額 *42万円(または40万4千円)-A (費用が42万円未満の場合だけ記入)		円									
支 払 金 融 機 関 の 欄															
みずほ 銀行・金庫・農協		〇〇〇 支店・本店		普通 当座		口座番号 1234567		フリガナ 口座名義		ナカムラ ハナコ 中村 花子					

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【資格喪失者の方は以下の記入欄もご記入ください】

資格喪失後、他の健保組合の被扶養者 となったときは、その被保険者証の	記号	番 号	被保険者名	保険者名	
				保険者TEL	

*この申請書は、被保険者またはその被扶養者が出産育児一時金等の直接支払制度を利用した場合の付加金、差額分の支給を申請するためのものです。

*この申請書を提出する際は出産した医療機関が発行した

受付日付印

出産費用の領収・明細書（出産費用の内訳が記載されているもの）の写し
を必ず添付してください。