

(□被保険者・□家族) 出産育児一時金
内払金(差額) 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号一番号		—	被保険者 氏名							
	会社名										
	出産した者の氏名		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	続柄		
	分娩年月日		令和	年	月	日	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生 産 ・ <input type="checkbox"/> 死 産 (妊娠 週)			
	出産した 医療機関	名 称									
		所在地									
	出産に要した費用		円			差額	円				
	上記の通り申請し、給付金の受領を事業主に委任します。										
	令和 年 月 日										
	被保険者の郵便番号 —										
_____ 被保険者の住所											
_____ 被保険者の氏名											

※「産科医療補償制度 加入スタンプ印」を受けた「領収・明細書」のコピーを添付してください。

※退職後に請求する場合は記入(本人名義に限る)

振 込 先	銀行名				支店名			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> 当 座			口座番号			