

(□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	被保険者証の 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	