

出産育児一時金 差額	円	支給金額	円	決議	年	月	日	
家族出産育児一時金 差額	円	資格取得日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
	円	資格喪失日	年	月	日			
	円	標準報酬月額		千円				

直接支払制度利用

出産育児一時金 差額請求書
 家族出産育児一時金

平成 年 月 日提出

被保険者証 記号 - 番号	—		所属部署名				
被保険者の氏名・印	Ⓜ		生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒		(TEL)				
出産日	平成	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月 又は 第 週)	
出生児の氏名 ※多児は全て記入			出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある ない			
出産した病院等	名称			所在地	〒		
家族が出産したとき	氏名			続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者が資格喪失後に出産したとき……………現在加入している健康保険について記入してください。 家族が伊藤ハム健保に加入して6ヶ月以内に出産したとき……………以前家族が加入していた健康保険について記入してください。							
健康保険組合等の 名称およびTEL	(TEL)						
被保険者証 記号 - 番号				被保険者氏名			
振込先 (被保険者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人(フリガナ)		
			普通預金				

【添付書類】

- ・医療機関から交付される直接支払制度に関する文書（合意文書）の写し
- ・出産費用の領収・明細書の写し
- ※「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されたもの。産科医療補償制度に加入する医療機関等でお産した場合は「産科医療補償制度加入機関」であることを証する所定の印が押印されたもの。