

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。

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						

「家族出産育児一時金差額請求書」記入見本
 出産育児一時金差額は2枚目をご覧ください

直接支払制度利用

出産育児一時金
 家族出産育児一時金 差額請求書

平成〇〇年 〇月 〇日提出

この欄は
 当る方のみ記入してください
 この箇所は該

被保険者証 記号 - 番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇		所属部署名	〇〇〇〇〇		
被保険者の氏名・印	健保 太郎 (印)		生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日	
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇		(TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
出産日	平成〇〇年 〇月 〇日		生産・死産の別	(生産・死産 妊娠第 月 又は 第〇〇週)		
出生児の氏名 ※多児は全て記入	健保 一郎		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	△△産婦人科医院		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市△△町△△-△△	
家族が出産したとき	氏名	健保 花子		続柄	妻	生年月日 昭和 平成 〇〇年 〇月 〇日
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	□□□□健康保険組合		(TEL□□-□□□□-□□□□)			
被保険者証 記号 - 番号	□□□-□□□□		被保険者氏名	健保 花子		
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)	
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△	ケンボ タロウ 健保 太郎	

【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出産した場合は「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。

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						

「出産育児一時金差額請求書」記入見本
 家族出産育児一時金差額は1枚目をご覧ください

直接支払制度利用

出産育児一時金
 家族出産育児一時金

差額請求書

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被保険者証 記号 - 番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇		所属部署名	〇〇〇〇〇	
被保険者の氏名・印	健保 花子 (印)		生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇		(TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)		
出産日	平成〇〇年 〇月 〇日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月 又は 第〇〇週)		
出生児の氏名 ※多児は全て記入	健保 一郎		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	△△産婦人科医院	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市△△町△△-△△	
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	□□□□健康保険組合		(TEL□□-□□□□-□□□□)		
被保険者証 記号 - 番号	□□□-□□□□		被保険者氏名	健保 太郎	
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)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△	ケンボ ハナコ 健保 花子

この欄は
当てる方のみ記入してください
この箇所は該

【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。