

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

年 月 日提出

社員番号			所属部署名				
被保険者証記号一番号	—						
被保険者の氏名			生年月日		年 月 日		
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒				(TEL)		
出産日	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	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。 家族が伊藤ハム米久健保に加入して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 記号一番号			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		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> 「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 </div>			

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

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇		所属部署名	〇〇〇〇〇	
被保険者証記号一番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇				
被保険者の氏名・印	健保 太郎		生年月日	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	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 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。 家族が伊藤ハム米久健保に加入して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 記号一番号	□□□-□□□□		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

この欄は当
当す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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 「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 </div>					

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

〇〇〇〇年 〇月 〇日提出

社員番号	〇〇〇〇〇〇		所属部署名	〇〇〇〇〇
被保険者証記号一番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇			
被保険者の氏名・印	健保 花子		生年月日	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	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	ある 被扶養者で 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

この欄は
当する方のみ記入してください
の箇所に該

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。
家族が伊藤ハム米久健保に加入して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 記号一番号	□□□-□□□□	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

【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。