

出産育児一時金 差額	円	支給金額	円	決議	年	月	日	
出産育児一時金付加金	円	資格取得	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
家族出産育児一時金 差額	円	資格喪失	年	月	日			
家族出産育児一時金付加金	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

被保険者証 記号・番号	—		所属部課名				
被保険者の氏名・印	印		生年月日	年 月 日生			
被保険者の住所 ※号室など詳しく記入	〒		(TEL)				
出産年月日	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 ※多児はすべて記入			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 日生	
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ご記入下さい。 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ご記入下さい。							
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) ※ゆうちょ口座は不可	金融機関名	店舗名	口座種別 普通預金	口座番号	名義人(フリガナ)		

【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。