

出産育児一時金 差額支給請求書（本人・家族）
（直接支払制度利用者用）

【添付書類】 A4 サイズ以外のものは本紙裏面に糊付けして下さい

- ① 直接支払制度を利用したことを確認できる書類の写し
② 領収証写し（直接支払制度対象金額が確認できるもの）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号と番号	記 号 番 号	事 業 場 の 名 称	会社名： 事業場：
	分娩年月日	年 月 日	死産の時は その旨	
	分娩した場所	医療施設等の名称		
		医療施設等の所在地		
	出生児の名前	出生児が被扶養者であるかどうか		被扶養者である・ない
	出生児が被扶養者で ない時はその理由			
	分娩した被扶養者の 氏名・生年月日			
	備考			

上記により出産育児一時金を請求する。 (注)必ず下記の受領委任にご記入、ご捺印下さい。

年 月 日 被保険者氏名

法令出版健康保険組合理事長 殿

支 給 決 定 伺	決 定 年 月 日		常 務 理 事 審 査 担 当 者 受 付	備 考
	年 月 日			
	支 給 決 定 額	出産育児一時金 円		

受 領 委 任	上記金額の受領を事業主 名 称		殿に委任します。
	氏 名		
	被保険者の氏名		