

支給決定 同日	常務理事		係		係		係							月 日 決定	
	資格関係	S・H・R 年 月 日 取得				支給金額									
		R 年 月 日 喪失													円
出産育児一時金請求	R 年 月 請求 単胎・多胎(名)				備考				(出産費用 円)						
	請求額														

被保険者
被扶養者 **出産育児一時金等内払金等(差額)支払依頼書**

被保険者等 が記入する ところ	被保険者等 記号・番号	—				事業所の 名称					
	出産日	R 年 月 日				出生児の 氏名					
	被扶養者の出産に 関するときは その者の氏名及び 続柄と生年月日	氏名					続柄		生年月日	S・H・R 年 月 日	
<p>上記によって請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>石原産業健康保険組合理事長 殿</p> <p>被保険者 〒 — の住所</p> <p>被保険者 氏名及び印</p> <p style="text-align: right;">印</p>											

※給付は事業主委任が基本となります(給与に合わせて支給)。公金口座受取を希望される方は「保険給付について公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。

【必要な添付書類】

- ① 医療機関等から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し
(出産育児一時金の限度額は産科医療保障制度加入機関での分娩は50万円、
その他の場合は48.8万円)
- ② 医療機関等と交わした『合意文書』の写し
(出産育児一時金の申請・受取にかかる代理契約を締結した書類の写し)
- ③ 被保険者の資格喪失後の出産による場合は、
出産日に加入している健康保険等の『被保険者証』、『資格情報のお知らせ』、『資格確認書』の写し

受付印

