

受付年月日	平成 年 月 日	支 給 支 払 決 裁 書			
伺年月日	平成 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	取扱者
決済年月日	平成 年 月 日				
出産育児一時金					
出産費用					
差額支給額	円	資格取得日	昭和 平成 年 月 日		

被保険者
家 族 出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書

被保険者の 記号・番号			事業所の名称		
被保険者名			事業所の所在地		
家族の分娩の 場合その氏名			その生年月日及び続柄	昭和・平成 年 月 日 続柄	
分娩年月日			死・流産の場合はその旨	(妊娠 カ月)	
分娩した医療施設等の 名称及び所在地	名 称				
	所 在 地				
出生児の氏名			出生児の生年月日	平成 年 月 日	
出 生 児 の 扶 養 状 況	被扶養で ある ・ ない		出生児が被扶養でな いときはその理由		
振込希望銀行	銀行 支店 普通 / 当座 口座No.				

⑧ 備 考	
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 松竹健康保険組合理事長殿 印	

委任状	表記請求金額の受領を に、委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 印
領収書	金 円 也 高額療養費 上記の金額を領収いたしました。 平成 年 月 日 松竹健康保険組合理事長殿 受領者 住 所 氏 名 印

この内払金依頼書は、被保険者又は家族の分娩に際して、直接支払制度により当健康保険組合が医療機関に支払う出産育児一時金の限度額(参加医療補償制度加入機関での分娩は42万円、その他の場合は39万円)より下回った場合に、その差額を被保険者に支払う制度です。

【必須添付書類】

- (1) 医療機関で直接支払制度を利用した旨が記されている「合意文書」(写)
- (2) 医療機関が発行した、費用の内訳が記されている「領収書・明細書」(写)