支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日	年　月　日
				資格照合	取得　年　月　日 喪失　年　月　日
	支給決定額	円		備考	（認定日：　年　月　日）

日鉄物産健康保険組合理事長　殿

出産育児一時金等内払金支払依頼書（差額申請書）

年　月　日

被保険者の記号・番号	（記号）	（番号）	被保険者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	
事業所の名称				印	
被保険者の住所	〒　－		電話（　　）　－		
出産した者の氏名及び生年月日	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	区分　1．被保険者　2．被扶養者
出産した年月日	年　月　日		生産児数	人	死産児数　人（妊娠第　週・月）
				被保険者との続柄	
出産した病院の	名称				
	所在地				

◎被保険者が資格喪失後６カ月以内に出産したための請求の場合は、以下の項目も記入してください。

現在加入している健康保険の名称	（電話　　）	被保険者の氏名		被保険者の記号番号	記号	
					番号	

（注）１．申請にあたっては、医療機関から交付される「出産費用の領収・明細書」の写しと「代理契約に関する文書」の写しを添付してください。
２．内払金（差額）の金額は、出産育児一時金等と実際の出産費用との差額です。出産育児一時金等の金額は、産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は50万円、それ以外は48万8千円です。

受付印