

出一

被保険者  
家族  
(被扶養者)

# 出産育児一時金(内払金)請求書 【直接支払差額分】

アサヒグループ健康保険組合 御中

|                                 |                 |                                                                |   |               |                  |               |    |                  |         |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|---|---------------|------------------|---------------|----|------------------|---------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の<br>記号・番号 | —                                                              |   | 事業所名          |                  |               |    |                  |         |
|                                 | 被保険者の氏名         | Ⓜ                                                              |   | 被保険者の<br>生年月日 | 昭和<br>平成         | 年             | 月  | 日                |         |
|                                 | 分娩年月日           | 令和                                                             | 年 | 月             | 日                | 死産のときは<br>その旨 | 妊娠 | カ月<br>週          | 死産      |
|                                 | 出生児の氏名          |                                                                |   |               | 被保険者と出<br>生児との続柄 |               |    | 出生児は被扶<br>養者であるか | ある ・ ない |
|                                 | 被扶養者が<br>分娩したとき | 分娩者氏名                                                          |   |               | 分娩者の生年月日         |               |    | 被保険者との続柄         |         |
|                                 |                 |                                                                |   |               | 昭和<br>平成         | 年             | 月  | 日                |         |
|                                 | 分娩した医療機関        | 名称                                                             |   |               |                  |               |    |                  |         |
|                                 |                 | 所在地                                                            |   |               |                  |               |    |                  |         |
|                                 | 分娩年月日           | 令和                                                             | 年 | 月             | 日                | 出生費用          | 円  |                  |         |
|                                 | 委任状             | この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。<br>令和 年 月 日<br>住所<br>被保険者 氏名 Ⓜ<br>TEL |   |               |                  |               |    |                  |         |

|                  |                       |                                                         |          |   |   |     |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|----------|---|---|-----|
| 健<br>保<br>記<br>入 | 産科医療保障<br>制度加入<br>機関  | ※ 出産費用<br>50万円 — 円<br>42万円<br>要:領収書(写)上に産科医療補償制度加入機関の捺印 | 支給額<br>円 |   |   |     |
|                  | 産科医療保障<br>制度加入外機<br>関 | ※ 出産費用<br>48.8万円 — 円<br>40.8万円                          | 支給額<br>円 |   |   |     |
|                  | 資格取得日                 | 平成<br>令和                                                | 年        | 月 | 日 | 受付印 |
|                  | 資格喪失日                 | 令和                                                      | 年        | 月 | 日 |     |

(2023.4)

※ 令和5年4月1日以降に、産科医療保障制度加入機関で出産の場合は50万円、未加入機関の場合は48.8万円。  
令和5年3月31日～令和4年1月1日に、産科医療保障制度加入機関で出産の場合は42万円、未加入機関の場合は40.8万円。  
令和3年12月31日以前に、産科医療保障制度加入機関で出産の場合は42万円、未加入機関の場合は40.4万円。

## 【添付書類】

- 直接支払制度利用の合意書の写し
- 分娩医療機関が発行した「領収書・明細書」の写し  
※産科医療補償制度の対象分娩の場合は、産科医療補償制度加入のスタンプ印のある領収書が必要