

健康保険 ~~被保険者~~ 家族 出産育児一時金差額（内払）・付加金請求書

適正な給付決定処理を行うために個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号		フリガナ	ケンボ ヒロアキ	生年月日
		番号		被保険者 (請求者) の氏名	健保 博明	昭和 平成 年 月 日
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	110 - 0005	電話	080 (0000) 0000	
		フリガナ	トウキョウト タイトウク ウエノ			
		東京都台東区上野 - -				
	事業所の名称	株式会社 大川酒造			電話	03 (0000) 0000
	被扶養者が 出産した ときはその 者の氏名・ 生年月日	フリガナ	ケンボ ミカ			生年月日
		氏名	健保 美香			昭和 平成 年 月 日
	入院した医療 機関の名称・ 所在地	名称	クリニック			
		所在地	〒 111 - 0032 東京都台東区浅草 - -			
出産した年月日	令和 年 月 日	備考				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関 コード	金融機関名	銀行	店番	店名	支店
	預金種別	(普通) 当座		フリガナ	ケンボ ヒロアキ	
	口座番号	口座名義		健保 博明		

被保険者の口座情報を記入してください。

令和 年 月 日 提出

【添付書類】

受付日付印

医療機関等から交付を受けた**出産費用の領収・明細書の写し**

出産日・出産児数・代理受取額・専用請求書の内容と相違ない旨の記載がされたもの。

(注)産科医療保障制度対象分娩については「産科医療補償制度加入機関」のスタンプ又は同様の印字のある**出産費用の領収・明細書の写し**となります。

退職後(資格喪失後)及び当組合の被扶養者として加入後6か月以内に**出産し申請する場合には医療機関等から交付された合意文書の写し**(直接支払制度を利用する旨、請求先の保険者が当組合である旨が記載されたもの)