

医療機関等への直接支払制度を利用したとき

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金（付加金）請求書

添付書類  
 ・  
 ・  
 ・  
 退院時に医療機関等から発行された「費用の内訳等を明らかにした明細書の写」

|   |                             |        |     |                  |                 |               |                          |         |   |
|---|-----------------------------|--------|-----|------------------|-----------------|---------------|--------------------------|---------|---|
| 被保険者が記入するところ                                | 被保険者証の                      |        |     |                  | 生年月日            |               |                          |         |   |
|   | 記号                          |        | 番号  |                  | 昭和<br>平成        | 年             | 月                        | 日       |   |
|   | 被保険者<br>(請求者)<br>の氏名        | (フリガナ) |     |                  | 事業所<br>の        | 名称            |                          |         |   |
|   |                             |        |     |                  |                 | 所在地           |                          |         |   |
|   | 被保険者<br>(請求者)<br>の住所        | (フリガナ) |     |                  |                 |               |                          |         |   |
|   | 被扶養者が出産した場合の<br>請求である時はその者の |        | 氏名  |                  |                 | 生年月日          |                          |         |   |
|   |                             |        |     |                  |                 | 昭和<br>平成      | 年                        | 月       | 日 |
|   | 出産した年月日                     | 平成     | 年   | 月                | 日               | 死産のときは<br>その旨 | 妊娠経過<br>期間               | ヵ月<br>週 |   |
|   | 入院して出産した時<br>はその病院・産院の      |        | 名称  |                  |                 |               |                          |         |   |
|   |                             |        | 所在地 |                  |                 |               |                          |         |   |
| 出生児の氏名                                      |                             |        |     | 被保険者と出生児<br>との続柄 |                 |               | 出生児が被保険者の<br>被扶養者であるかどうか | ある・ない   |   |
| 出生児が被保険者の被扶養者<br>でない時はその理由                  |                             |        |     |                  |                 | 備考            |                          |         |   |
| 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、<br>その被保険者証の        |                             |        |     |                  | 保 険 者 名         |               | 記号                       |         |   |
| 被扶養者が当組合又は他保険者の被保険者であった<br>場合には、その当時の被保険者証の |                             |        |     |                  | 保 険 者 名<br>及び番号 |               | 番号                       |         |   |

|        |          |              |  |  |           |        |      |
|--------|----------|--------------|--|--|-----------|--------|------|
| 振込希望銀行 | 銀行       |              |  |  | 支店<br>出張所 | 金融機関番号 | 店舗番号 |
|        | 預金種目     | 口座番号(右づめで記入) |  |  | フリガナ      |        |      |
|        | 普通<br>総合 | 当座           |  |  |           | 口座名義人  |      |

|             |                             |     |     |  |                |   |   |   |    |   |   |     |
|-------------|-----------------------------|-----|-----|--|----------------|---|---|---|----|---|---|-----|
| 受取代理人の欄     | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |     |     |  | 平成             | 年 | 月 | 日 | 平成 | 年 | 月 | 日提出 |
|             | 被保険者<br>(請求者)               | 住 所 | 氏 名 |  | .....<br>受付日付印 |   |   |   |    |   |   |     |
|             | 代理人の住所・<br>氏名と印             | 住 所 | 氏 名 |  |                |   |   |   |    |   |   |     |
| 委任者と代理人との関係 |                             |     |     |  |                |   |   |   |    |   |   |     |

健保組合使用欄

- 支給決定内訳
- 医療機関等の代理受領額が、出産育児一時金等の支給金額より少ない場合の差額  
 (42万円(39万円) - 円 = 円)
  - 当健保独自の付加金
    - 本人 105,000円
    - 家族 55,000円