

(記入上の注意)

◎ ⑮ 欄は、『被保険者』資格喪失後の文字は、いつれか該当する方をマルで囲んで下さい。
◎ ⑮ 欄は、『被保険者』資格喪失年月日を、また、生産であったが間もなく死亡したときは、〇〇時間生存して死亡した資格喪失年月日を記載してください。

健康保険

出産育児一時金等内払金支払依頼書
出 産 育 児 付 加 金 請 求 書

(被保険者 ・ 家族)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記 号 ----- 番 号	② 被 保 険 者 の 氏 名 と 印	③ ㊞												
	④ 被 保 険 者 の 現 住 所	〒 - (TEL - -)														
	⑤ 事 業 所 の 名 称															
	⑥ 入 院 し て 分 娩 し た と き は そ の 病 院 ・ 産 院 の	(ア) 名 称														
		(イ) 所 在 地	(TEL - -)													
	⑦ 家 族 の 分 娩 で あ る と き は そ の 者 の	(ア) 氏 名					(イ) 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日								
	⑧ 分 娩 し た 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日				⑨ 生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ 月 週)									
						⑩ 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)									
	⑪ 出 生 児 の 氏 名					⑫ 被 保 険 者 と 出 生 児 の 関 係					⑬ 出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で あ る か ど う か	あ る ・ な い				
	⑭ 出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由									⑮ 備 考						
⑯ 振 込 希 望 銀 行 口 座	フリガナ ()				フリガナ ()				預 金 種 別							
	銀行				支 店				普通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄							
	※ 被 保 険 者 名 義	名 義 人 氏 名	フリガナ ()				銀行コード			口座 番 号						
						支店コード										

※ 郵便局・農協への振込は行っていません。
※ 振込が確認できるまで、口座の変更・解約等はしないでください。

【 必要な添付書類 】 ※ ①②③ 全て必要です。

- ① 合意書(写)
- ② 医療機関等から交付された『費用の内訳が記載された領収・明細書の写』
※ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産した場合は、当該スタンプ印の押されたもの
- ③ 母子手帳『出生届出済証明』のページの写 または 出生証明書(写)

— 受付日付印 —

※印 健康保険組合記入欄 は記入しないでください。

※ 健康 保 険 組 合 記 入 欄	支払機関からの請求		未請求 ・ 請求済					
	他健康保険組合確認		要 ・ 不要		資格喪失後の出産		該当 ・ 不該当	
	支 払 額	法 定 (差 額)	無 ・ 有 { 420,000 404,000 - = 円 }					
		付加金	無 ・ 有 円					