

直接支払制度利用者用

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金(付加金・差額)請求書
(出産育児一金等内払金支払依頼書)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 事業所の名称			
	③ 被保険者 (請求者)の氏名 (自書)	(フリガナ)		④ 被保険者(請求者)の生年月日 昭和 平成 年 月 日		
	⑤ 被保険者 (請求者)の住所	〒				
	⑥ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 出産児数 人	⑧ 死産児数 人	⑨ 死産のときはその妊娠経過期間 妊娠 ヶ月・ 週	
	⑩ 被扶養者(家族) が出産した場合 その氏名・生年月 日及び続柄	(フリガナ) 氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日		続柄	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日 提出

添付書類

- ① 医療機関等との「直接支払制度合意文書」原本
(直接支払制度を利用する旨及び請求先の保険者が当健保である旨を記載したもの)
- ② 出産費用を精算した際に医療機関等から交付された「領収・明細書」のコピー
(産科医療補償制度対象の分娩についてはスタンプが押されているもの)

受付日付印(健保使用欄)