

※支給決定日			支給決定日 令和 年 月 日			
支 給 額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当
		医療機関支給額	円			
		被保険者支給額	円			

直接支払制度利用者用

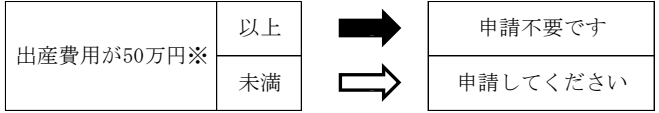
健康保険 被保険者  
家 族 出産育児一時金請求書（差額申請用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 ○ ○ ○	被保険者資格取得日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ <b>ケンボ タロウ</b>	被保険者住所	〒160-0023 ○○県○○市○○町1-2-3 ××ハイツ123号			
	所属事業所及び部署名	<b>株式会社 健康保険 組合部</b>		電話	<b>03 (1234) 5678</b>		
	被扶養者の分娩である場合はその者の氏名	<b>健保 花子</b>	被保険者と分娩する者の続柄	<b>妻</b>	分娩日	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日
	出生児の数	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">単胎</span> ・ 多胎 ( 児 )	※双子以上の場合も1枚の請求書で提出可		死産の場合妊娠経過期間	満 週	
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、氏名・電話番号・記号・番号について	<b>※6ヶ月以内の取得・喪失の異動がある人は、必ず記入してください。記入がない場合は、支給できません。</b>					
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった時の、保険者名・電話番号・記号・番号について						
	被保険者に対する支払金融機関の欄	銀行	本店	支店			
	名義人(フリガナ)	<b>※名義人は「被保険者」をご記入ください。</b>					

(添付書類) ①、②を必ず添付ください

- ①医療機関から交付された「出産費用の領収・明細書（出産費用の内訳が記載されているもの）」（写）
- ②医療機関から交付された「直接支払制度を利用した」旨の文書（写）

(注)



※産科医療保障制度未加入の出産・死産の場合は48万8千円

令和○○年○月○日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合

**\*送付先\***  
 エイチ・アイ・エス健康保険組合  
 〒160-0023東京都新宿区西新宿6-2-18 SKビル9階  
 TEL03-6872-5511