

※支給決定伺				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	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇	被保険者 資格取得日	平成 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								
	番号	〇〇〇		〇〇	04	01														
	フリガナ	ケンポ タロウ	〒160-0023																	
	被保険者 氏 名	健 保 太 郎	被保険者 住 所	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号																
	生年月日	昭和・平成 令和 〇〇年 1月 1日	電話	03 (1234) 5678																
	所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組 合 部	電話	03 (1234) 5678																
	被扶養者の 分嫡である 場合はその 者の氏名	健 保 花 子	被保険者と 分嫡する者 の 続 柄	妻	分嫡日	令和 〇〇年 〇3月 03日														
	出生児の数	単胎・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												
	※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。																			
	※名義人は「被保険者」をご記入ください。																			

(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)

出産費用が50万円※	以上	申請不要です
	未満	申請してください

※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

令和〇〇年〇月〇日提出

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