

※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
	付加給付	款 項 目	円			
	合 計		円			
		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・付加金請求書（差額申請用）

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	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日
	番号	○ ○ ○		令和	○ ○	0 4	0 1					
被保険者氏名 生年月日	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者住所	〒160-0023							
	氏名	健保 太郎			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
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							
被保険者が記入するところ	被扶養者の分娩である場合はその者の氏名	健保 花子		被保険者と分娩する者の続柄	妻		分娩日	令和	〇	〇	0 3	0 3
	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				
<p>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</p> <p>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</p>												
<p>※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。</p>												
被保険者に対する支払金融機関の欄	銀行		本店									
	支店番号		支店									
	名義人(フリガナ)		<p>※名義人は「被保険者」をご記入ください。</p>									

(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）

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