

※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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	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
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ		被保険者住所	〒							
					電話 ( )							
	所属事業所及び部署名	電話 ( )										
	被扶養者の分娩である場合はその者の氏名			被保険者と分娩する者の続柄			分娩日	令和	年	月	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				
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について ②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について				保険者名	全国健康保険協会 ( ) 支部						
					電話番号	( ) 国民健康保険						
					記号	番号	( ) 健康保険組合					
	被保険者に対する支払金融機関の欄	支店番号		銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店		預金番号 (右づめ)					
			普通									
	名義人 (フリガナ)											

(添付書類)

- 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