

※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	〒								
		昭和・平成・令和 年 月 日			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	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店							
支店番号		普通		預金番号(右づめ)									
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

**\*問合せ先\***  
**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 FAX03-6872-5512