

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（差額）・付加金支給申請書 ※ 直接支払制度利用

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	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者 (申請者) 氏名と印	フリガナ		被保険者 (申請者) 住 所	〒							
	生年月日	昭和・平成			年	月	日	電話 ( )				
	事業所名 及び部署	電話 (内線)										
	被扶養者の出産である 場合は その者の氏名	生年月日			昭和 平成	年	月	日	被保険者と 出産した者 の 続 柄			
	出産した年月日	平成	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産の時はその妊娠経過期間		週
	出産した医 療機関等の 名称・所在地	(名称)	(所在地) 〒									
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無		有・無		海外で出産した場合はその旨							
	出生児の 氏 名	フリガナ		被保険者と 出生児 の 続 柄	出生児が被保険者の被扶養者 であるかどうか				ある・ない			
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由											
①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の				保険者名 (国民健康保険 又は、健康保険 組合名など)	電話 ( )							
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の				記 号	番 号			被保険者氏名				

支 払 金 融 機 関	銀行	本 店	普通・当座
	信用金庫	支 店	
	フリガナ	口 座 番 号	
口座名義 (被保険者名義)			

《添付書類》

① 医療機関等から交付される合意文書の写し

(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨および申請先となる当組合名が記載されているもの)

② 出産費用の領収・明細書の写し

(医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入機関での出産を証明するスタンプを押印したもの)

平成 年 月 日提出

受付日付印

楽天健康保険組合