

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

Insurance Card Code/Number		Coverage Start Date		※ 直接支払制度利用者用		
被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成 令和 27年4月1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(申請者)氏名と印	フリガナ John Smith Signature or Seal	被保険者(申請者)住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo			
生年月日	昭和・平成・令和 60年7月31日	If the party who gave birth is a family member, enter her full name and the birth ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇				
事業所名及び部署	ABC Corporation, 〇〇〇 Department					
被扶養者の出産で、場合はその者の氏名	Delivery date Mary Smith	生年月日	平成 令和 62年8月31日	被保険者と出産した者の続柄	Wife	
出産した年月日	令和 2年9月30日	生産児数	1人	死産児数	死産の時はその妊娠経過期間 週	
出生した年月日	令和 2年9月30日	Live birth	〇〇〇-〇〇〇〇	Stillbirth, Number of month		
出生した医療機関等の名称・所在地	〇〇〇Ladies Clinic 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo 電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇					
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 Michael Smith Full name(s) of child(ren) born	被保険者と出生児の続柄	Eldest son 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> 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6ヶ月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(国民健康保険又は、健康保険組合名など)	電話 ( )			
		記号	番号		被保険者氏名	

支払金融機関	〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 本店	普通・当座	Pay to Account (In the name of the insured person)
	フリガナ	口座番号	
	口座名義(被保険者名義) John Smith	〇〇〇〇〇〇〇〇	

《添付書類》

令和 年 月 日提出

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)

受付日付印

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)

\* 送付先 \*

楽天健康保険組合

【郵送】 〒158-0094 東京都世田谷区玉川1-14-1 楽天クリムゾンハウスアネックス3F

【社内便】 Office:アネックス Department:楽天健保組合

楽天健康保険組合