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

※ 直接支払制度利用者用

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（申請者）氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者（申請者）住所	〒				
	生年月日	昭和・平成・令和　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 令和	年　月　日	被保険者と出産した者の続柄			
	出産した年月日	令和　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）〒 電話　（　）						
	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						
	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	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由					
			ある・ない						
	以下に該当する場合は右欄に記載してください。 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	銀行 信用金庫	本店 支店	普通・当座
	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）

令和　年　月　日提出

受付日付印

＊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