

〔医療機関等への直接支払制度を利用したとき〕

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）請求書

添付書類
 加入する医療機関等から発行された「出産日・費用の内訳等を明らかにした明細書の写」（産科医療補償制度に
 加入する医療機関等から発行された「出産日・費用の内訳等を明らかにした明細書の写」（産科医療補償制度に

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	該当するものに○印					
	—	1.事業所勤務 名称 所在地	2. 特例退職 被保険者	3. 任意継続 被保険者			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者 (請求者) の住所	〒() -					
	被扶養者が出産 するための請求 であるときは、そ の者の	氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産した年月日	年 月 日	出生人数	人	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
	入院して出産 した時はその 病院・産院の	名称	所在地				
	・当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、 その被保険者証の ・被扶養者が当組合又は他保険者の被保険者であった 場合には、その当時の被保険者証の	保 険 者 名			被保険者証記号番号		
					—		

振込希望銀行	金融機関番号	銀行	預金種目	口座番号(右づめで記入)					
			普通・当座						
	店舗番号	支店	フリガナ						
		出張所	口座名義人						

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住 所 〒 (請求者) 氏 名	
	代理人の 住所・氏名と印	住 所 〒 氏 名
委任者と 代理人との関係		

令和 年 月 日提出
 受付日付印

※健保組合使用欄

支 給 決 定 内 訳	1. 医療機関等の代理受領額が、出産育児一時金等の支給金額より少ない場合の差額	(42 万円(40 万 4 千円) - 円 = 円)	
	2. 当健保独自の付加金	1.本人 105,000 円	2.家族 55,000 円

民間放送健康保険組合