**〔医療機関等への直接支払制度を利用したとき〕**

**健康保険　　　　　出産育児一時金（付加金）請求書**

**被保険者**

**家　　族**

・添付書類　・・・　退院時に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で出産したときは、補償制度に加入している｢スタンプ印｣が押印されたもの）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者の記号番号 | | | | | | | | 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭 和  年　　　　月　　　　日  平 成 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 被保険者（請求者）の住所 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒  ℡(　　　 )　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  　　　　　　　年　　　　月　　　　日  平 成 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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  出張所 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | |

令和 　年 　月 　日提出

受付日付印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

**※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 | |
| （50万円（48万8千円）－ 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**