**〔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**