

<記入例> 本人が出産

支給決定及 支払伺	保険給付費	法定給付費	出産育児一時金		出産育児一時金	円
	理事長	常務理事	事務長	担当者	出産費用	円
					差額支給額	円
					支払年月日	
				令和	年	月 日

健康保険被保険者族 出産育児一時金（差額）請求書

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	コーセー・アピオ・その他（ ）	
		3 0	1 2 3 4 5	所属	〇 〇 〇 部・課 支店	
被 保 険 者 (請求者)の氏名	(フリガナ)	ケンポハナコ		生年月日	社員番号	
	健保花子	昭和 平成	4年12月3日	98A98		
被 保 険 者 (請求者) の住所	〒	103 - 0027		TEL	XXX (XXXX) XXXX	
	東京都中央区日本橋〇-〇-〇					
分 べ ん し た 年 月 日	令和	3年5月14日		死産のときは、その旨	妊娠	ヶ月
					経過期間	週
資 格 喪 失 後 、 6 ヶ 月 以 内 の 申 請 で す か	はい・いいえ → 「はい」の場合、現在加入している健保の「不支給証明書」を添付してください 必要に応じ、当健保から現在加入健保様へ確認の連絡をさせていただきます					
	被扶養者が分べんしたための 請求であるときはその者の	氏名			生年月日	昭和 平成
出 生 時 児 の 氏 名	健保 ぐみ		被保険者と出生児 の続柄	長女	出生児が被保険者の被 扶養者であるかどうか	ある・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			夫の被扶養者になるため		
入 欄	委任状					
	令和 3年 6月 2日					
	給付金の受領を事業主に委任します					
被保険者氏名(自署)		健保花子				退職者・任意継続被保険者の方は記入不要

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



受 付 印

銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行		支店
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者と同一)	フリガナ		
	氏名		

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

- <必要添付書類>
- ①医療機関等から交付される直接払いに係る「代理契約」に関する文書の写し
 - ②退院時に精算した出産費用の「領収書・明細書」の写し
 - ③被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産である場合は現在加入健保の「出産育児一時金不支給証明書」