

直接支払制度を利用した場合

記入例  
(死産の場合)

健康保険

被保険者  
家族

出産育児一時金

内払金支払依頼書  
差額請求書  
付加金請求書

被 保 険 者 証 の 記 号 - 番 号	8500 — 〇〇〇〇	事 業 所 の 名 称	伊賀事業所
社 員 番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	所 属	健保グループ
被 保 険 者 の 氏 名	健保 太郎	被 保 険 者 の 生 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出 産 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出 生 数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( )児
出 産 した 場 所	医療施設等 の 名 称	〇〇クリニック	<div>死産証書の写し(死胎検案書) など、週数が分かるものを添付書類 として提出してください</div>
	医療施設等 の 所 在 地	三重県〇〇市〇〇-〇〇	
家 族 の 出 産 であるときは そ の 方 の 氏 名	健保 花子	出 産 し た 方 の 生 年 月 日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出 生 児 の 氏 名 (死産の場合は記入不要)		出 生 児 の 生 年 月 日	年 月 日
出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被扶養者で <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	出 生 児 が 被 扶 養 者 で な い と き は そ の 理 由	
他制度から給付を 受けているかどうか	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
給付金振込先	給与振込口座		
備 考			

上記のとおり申請します。

〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

【住所】 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
奈良県〇〇市〇〇-〇〇

被保険者の

【氏名】 健保 太郎

【日中連絡のつく電話番号】 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(会社支給の携帯電話をお持ちの方はその番号を記載ください)

D M G 森精機健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

1. この用紙は直接支払制度を利用した場合にご使用ください

【添付書類】

1. 医療機関から交付される**出産費用明細書**(・出産日・出生児数・代理受取額等が記載されています)の写し  
(産科医療補償制度に加入している医療機関での出産の場合は、加入機関の所定のスタンプが押印されたもの)
2. 医療機関から交付される合意文章の写し(直接支払制度を利用している旨の記載のあるもの)
3. 死産の場合は、死産が確認できる書類の写し(死産証書(死胎検案書)など)