

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 一 ○○○○	事業所の名称	伊賀事業所	
社員番号	○○○○○○○○	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	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
出産年月日	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 呪	生産・ 死産の別
出産した場所	医療施設等 の名称	○○クリニック		
	医療施設等 の所在地	三重県○○市○○-○○		
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	○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
出生児の氏名 (死産の場合記入不要)		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。

○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

[住所] 〒○○○-○○○○
奈良県○○市○○-○○

被保険者の

[氏名]

健保 太郎

[日中連絡のつく電話番号]

○○○-○○○○-○○○○

(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〕

- 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）
- 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）
- 死産の場合は、死産が確認できる書類の写し（死産証書（死胎検査書）など）