R7.1.10更新

記号-番号 を記入の場合はマイナンバーの記入不要

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書（直接支払制度利用）

被保険者が記入するところ

被保険者等 記号 － 番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	生年月日
99 － 100		☑ 昭和 ☐ 平成 60 年 7 月 10 日

被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	事業所の 名称	○○○株式会社
		所在地	東京都品川区大崎○－○－○
被保険者（請求者）の住所	郵便番号 １４１ － ００３２	電話番号	０３ （５７４０） ○○○○
	（フリガナ）トウキョウトシナガワクオオサキ 東京都品川区大崎○－○－○－○○○		

	氏名	生年月日
被扶養者が出産したための請求であるときは、その方の	健保 花子	☐ 昭和 ☑ 平成 5 年 4 月 10 日生

出産した日	年月日 令和 6 年 12 月 22 日	妊娠経過期間	10 ヶ月 10 週
出生児（人） 1	死産児数（人）	死産の時はその旨	該当せず

医療機関等の	名称	△△病院
	所在地	〒 １６０ － ００２３ 電話番号 ０３ （１２３４） ○○○○
		東京都新宿区西新宿○－○－○

被保険者に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
△△ ☑ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 農協	大崎 ☐ 本店 ☑ 支店	☑ 普通 ☐ 当座 ☐ 通知 ☐ 別段	0123456	ケンポ タロウ

【 添付書類について 】

① 直接支払制度を利用することについて、医療機関との間で交わした合意文書（写し可）

② 医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した明細書等の写し
（産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産等した場合、「産科医療補償制度の対象分娩です。」 等の文言の印字やスタンプ押印のある領収書または明細書を医療機関等からもらう必要があります。）

上記二点を添付して下さい。

【 振込みについて 】

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額（※）を上回る場合、付加金を被保険者へ振込みいたします。

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を下回る場合、付加金及び給付限度額と請求額との差額を被保険者へ振込みいたします。

※給付限度額：産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学管理下で出産した場合（死産を含み、在胎週数第２２週以降のものに限る）は５０万円。その他の場合は４８．８万円。

【 付加金について 】

◎ １児につき一律１００，０００円を支給します。

フューチャーグループ健康保険組合