

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	被保険者証の記号 - 番号		生年月日			
	99 - 1000		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60年7月10日生			
	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	〇〇〇株式会社		
			所在地	東京都品川区大崎〇-〇-〇		
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	141 - 0032	電話番号	03 (5740) 〇〇〇〇	
		(フリガナ) トウキョウトシナガワクオオサキ	東京都品川区大崎〇-〇-〇-〇〇〇			
		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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年4月10日生			
	出産した日	年月日	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) 〇〇〇〇 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇			
	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 別段	0123456	ケンポ タロウ	

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証の記号・番号を記入の場合はマイナンバーの記入不要

【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。