

健康保険

被保険者[本人]
被扶養者[家族] 出産育児一時金等(一時金差額+付加金)内払金支払依頼書 出産育児一時金差額請求書・付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号-番号	—				被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
	被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ)				事業所の 所在地	名称				
		印									
	被保険者 (申請者) の住所	〒 — 都道府県									
	被扶養者が出産した ための申請であると きは、その方の氏名	(フリガナ)				被扶養者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
	出産した年月日	平成	年	月	日	出生児数 人	死産児数 人	死産のときは妊娠経過期間 妊娠 ヶ月 週			
	出生児の氏名	(フリガナ)				被保険者 と出生児 の続柄		出生児が被保険 者の被扶養者で あるか	ある・ない		
	被保険者 [本人] が 出 産 し た 場 合	ア. 今回の申請は、退職等により、東京港健康保険組合の被保険者資格の喪失後、6ヶ月以内に出産したことによるものですか						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に別の保険の被保険者、または被扶養者になっていますか						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		ウ. 上記イで「はい」と答えた場合、資格喪失後に加入している健康保険の保険者名(国保の場合は市区町村/協会けんぽの場合は支部名まで)と記号-番号を記入してください						保険者名			
							市区町村/ 支部名				
							記号-番号				
被扶養者 [家族] が 出 産 し た 場 合	エ. 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産したことによるものですか						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	オ. 上記エで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名(国保の場合は市区町村/協会けんぽの場合は支部名まで)と記号-番号を記入してください また、婚姻により氏名に変更があった場合は旧姓も記入してください						保険者名				
							市区町村/ 支部名				
							記号-番号				
							旧姓				

支 払 機 関 の 欄	金融機関	銀行・金庫・信組							支店・本店
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号					口座名義	(フリガナ)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。								平成	年	月	日
	被保険者 (申請者)	住所	氏名	印								
代理人 (受任者)	住所	氏名	印									

【添付書類】…下記①及び②を添付してください。

- ① 医療機関等から交付される【直接支払制度合意文書(写)】
合意文書には「代理契約を医療機関等と締結している旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。
- ② 医療機関等から交付される【出産(分娩)費用明細書(写)】
「産科医療補償制度の対象分娩」である場合は所定の印が押印されていること、及び「代理受取額」の記載があることを確認して下さい。
また、明細書には医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載があります。

※死産の場合は、在胎週数のわかる証明書(死産証明書等)が別途必要となります。

受付印