

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	123 - 1234	被保険者の 生年月日	昭和 平成	2年 10月 10日生	
	被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ) ミナト ケンタ 港 健太	事業所の 所在地	名称	芝浦港運株式会社 東京都港区芝浦〇-〇-〇	
	被保険者 (申請者) の住所	〒140-0004 東京 都道府県 品川区南品川〇-〇-〇	・シャチハタ不可 ・受取代理人の欄と 同じもの			
	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) ミナト ミホ 港 美保	被扶養者の 生年月日	昭和 平成	3年 1月 21日生	
	出産した年月日	平成 29年 4月 17日	出生児数	死産児数	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) ミナト サクラ 港 さくら	被保険者 と出生児 の続柄	長女	出生児が被保険 者の被扶養者で あるか	
	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			
	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 checked="" 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	国民健康保険			
		市区町村/ 支部名	品川区			
		記号-番号	△△△-△△△			
		旧姓	三田			

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 29年 5月 1日
	被保険者 (申請者)	住所	東京都品川区南品川〇-〇-〇		・シャチハタ不可 ・被保険者氏名の 欄と同じもの
		氏名	港 健太		
代理人 (受任者)	住所	東京都港区芝浦〇-〇-〇		登録 印	
	氏名	芝浦 涼介			

振込依頼書にて
登録のもの

【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「代理受領額」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