

健康保険

被保険者 [本人]  
被扶養者 [家族]

## 出産育児一時金・付加金請求書（直接支払制度用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 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	(フリガナ)				事業所の 所在地	名称					
	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	令和	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				
	当組合以外に出産育児一時金を請求していますか。また、今後請求する予定はありますか。							<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	
	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。 イ. 上記アで「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。					<input type="checkbox"/>				はい	<input type="checkbox"/>
							保険者名					
							市区町村/ 支部名					
							記号・番号					

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

受 取 代 理 人 の 欄	本申請および給付金に関する受領を代理人に委任します。							記入日	令和	年	月	日
	被保険者 (申請者)	住所	氏名									
代理人 (受任者)	住所	氏名										

【添付書類】・・・下記①及び②を添付してください。

受付印

## 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【出産費用の領収・明細書(写)】

領収・明細書には、「代理受取額」および医療機関等が支払基金へ提出する「専用請求書の内容と相違ないこと」ならびに「産科医療補償制度の対象分娩であること（該当する場合のみ）」が明記されています。

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

※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。