

健康保険組合使用欄	
出産育児一時金差額	円
支払年月日	年 月 日

記入見本

どちらか○で囲って下さい。

被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書

差額請求
全額払い請求

※どちらかに○をつけて下さい

被保険者証の 記号・番号	1000 — 209998	事業所名	海老名総合病院		
被保険者の氏名	健保 花子	被保険者の生年月日	昭和 平成	2 年 10 月 10 日	
出産年月日	令和 2 年 9 月 5 日	生産の場合	出産児数	1 人	
		死産の場合	妊娠	週	
出産した医療施設 等の名称・所在地	医療施設等の名称	海老名総合病院			
	医療施設等の所在地	〒 243-0433 海老名市河原口1320 添付する領収書と同じ医療機関であること			
家族出産であるときは その氏名・生年月日	氏名	扶養家族の申請の場合の	生年月日	昭和 平成	年 月 日
出生児の氏名 生年月日	氏名	健保 太郎	生年月日	令和	2 年 9 月 5 日

上記のとおり申請します。

令和 2 年 9 月 30 日

〒 243-0433

住所 海老名市河原口1519

被保険者の

氏名(自署)

健保 花子

署名・押印をお願いします。

組合理事長 殿

振込 先 指定 口座	金融機関名称	埼玉りそな 銀行	海老名 支店
	預金種別	普通 当座	口座番号 ○×○×○×○×○
	口座名義 (カナ)	ケンポ ハナコ	

※原則、被保険者名義となります。

(添付書類) 出産費用に関する領収証の写し
 出産明細書の写し
 直接支払制度合意文書の写し
 母子手帳の写し (「出生届出済証明」記載箇所)
 または、住民票 (世帯分。続柄必要、マイナンバー不要)

受付印

☆ 法定給付との差額が発生した場合の差額支給につきましては、医療機関から健保への請求が出産月より2ヶ月後となるため、請求金額を健保で確認後の支給とさせていただきます。

死産の場合、住民票の添付は不要です。