

健康保険組合使用欄

記入見本

出産育児一時金差額	円
支払年月日	年 月 日

どちらか〇で囲って下さい。

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

※どちらかに〇をつけて下さい

被保険者等の記号・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 2 年 10 月 10 日 平成
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 添付する領収書と同じ医療機関であること	
	医療施設等の所在地	〒 243-0433 海老名市河原口1320	
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 年 月 日 平成
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	○×○×○×○×○
	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、統柄必要、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。