

直接支払制度利用者用

支給決定伺

被保険者 配偶者 出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者
被扶養者

出産育児一時金差額請求書 (内払金支払依頼書)

① 被保険者証の記号・番号	—	② 事業所の名称			
③ 分娩年月日	令和 年 月 日	④ 死亡のときはその旨			
⑤ 分娩した場所	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地				
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	昭和 平成 年 月 日生				
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)			⑧ 被保険者との続柄		
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である・ない		⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由		
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき	現在加入している健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
	給付金の振込先	記号・番号	—	TEL	
		銀行	支店	普通当座	
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき	認定日以前に加入していた健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
		記号・番号	—	TEL	
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
住所 被保険者の 氏名					
東亜合成健康保険組合理事長 殿					

【注意事項】

- ①この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- ②出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以内)で、一時金との差額が生じた場合に請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。

支給決定伺

被保険者 配偶者 出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者
被扶養者出産育児一時金差額請求書
(内払金支払依頼書)

① 被保険者証の記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	② 事業所の名称	〇〇会社〇〇支店(任継の場合は、任継と記入)		
③ 分娩年月日	令和5年5月2日		④ 死亡のときはその旨		
⑤ 分娩した場所	医療施設等の名称	凸凹産婦人科医院			
	医療施設等の所在地	東京都品川区大井1丁目×-××			
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	昭和 平成 年 月 日生				
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)	東亞 二郎		⑧ 被保険者との続柄	次男	
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない		⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由		
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき	現在加入している健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
		記号・番号	-		
	給付金の振込先	銀行	支店	普通 当座	
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき	認定日以前に加入していた健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
		記号・番号	-		
上記のとおり申請します。					
令和 5 年 5 月 22 日					
住所 東京都港区新橋1丁目×-××					
被保険者の氏名 東亞 花子					
東亞合成健康保険組合理事長 殿					

【注意事項】

- この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- 出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以内)で、一時金との差額が生じた場合に、請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。

支給決定伺

被保険者 配偶者 出産育児一時金	支給決定額	円	常務理事	事務長	係

被保険者
被扶養者出産育児一時金差額請求書
(内払金支払依頼書)

① 被保険者証の記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	② 事業所の名称	〇〇会社〇〇支店(任継の場合は、任継と記入)		
③ 分娩年月日	令和5年5月2日		④ 死亡のときはその旨		
⑤ 分娩した場所	医療施設等の名称	凸凹産婦人科医院			
	医療施設等の所在地	東京都品川区大井1丁目×-××			
⑥ 配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日	東亞 愛子		昭和 平成	63年 9月 3日 生	
⑦ 出生児の氏名 (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要)	東亞 二郎		⑧ 被保険者との続柄	次男	
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない		⑩ 出生児が被扶養者でないときはその理由		
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるとき	現在加入している健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
		記号・番号	-		TEL
	給付金の振込先	銀行	支店	普通 当座	
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月以内の分娩であるとき	認定日以前に加入していた健康保険の	名称	健康保険組合 社会保険事務所		
		記号・番号	-		TEL
上記のとおり申請します。					
令和 5 年 5 月 22 日					
住所 東京都港区新橋1丁目×-××					
被保険者の氏名 東亞 一郎					
東亞合成健康保険組合理事長 殿					

【注意事項】

- この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- 出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は、488,000円以内)で、一時金との差額が生じた場合に請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。